

LE SERVICE SOCIAL AUPRÈS DE L'ENFANCE D'ÂGE SCOLAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT

présentée et soutenue le 18 mai 1936 à 14 heures

PAR

Jacqueline HÉBRARD

Président : M. MESTRE, professeur.

Suffragants : MM. LAFERRIÈRE, professeur.

SCELLE, professeur.

*Il y a une chose qui est plus forte
que les armées : c'est une idée dont
l'heure est venue.*

Victor Hugo.

PARIS

ÉDITIONS A. PEDONE

LIBRAIRIE DE LA COUR D'APPEL ET DE L'ORDRE DES AVOCATS

13, rue Soufflot, 13

1936

LE SERVICE SOCIAL
AUPRÈS DE L'ENFANCE D'ÂGE SCOLAIRE

LE SERVICE SOCIAL AUPRÈS DE L'ENFANCE D'AGE SCOLAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT
présentée et soutenue le 18 mai 1936 à 14 heures

PAR

Jacqueline HÉBRARD

Président : M. MESTRE, professeur.
Suffragants : MM. LAFERRIÈRE, professeur.
SCELLE, professeur.

*Il y a une chose qui est plus forte
que les armées : c'est une idée dont
l'heure est venue.*

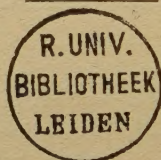
Victor Hugo.

PARIS
ÉDITIONS A. PEDONE

LIBRAIRIE DE LA COUR D'APPEL ET DE L'ORDRE DES AVOCATS
13, rue Soufflot, 13

1936

*La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation
aux opinions émises dans les thèses : ces opinions doivent être
considérées comme propres à leur auteur.*



INTRODUCTION

La civilisation n'a pas fait disparaître les fléaux sociaux qui ont menacé de tous temps les sociétés les plus prospères : le paupérisme et la maladie, le vice et le crime.

Sur toutes ces misères, pendant des siècles, la charité s'est seule penchée, avec le magnifique essor que lui a donné le christianisme. Et l'Eglise fut longtemps l'unique refuge des pauvres et des orphelins, des malades et des pécheurs.

Puis, lorsque apparut la notion nouvelle des droits de l'homme, on considéra que l'indigent devait avoir un droit à l'aide de ses concitoyens, et que la charge devait se répartir entre la collectivité tout entière : ainsi naquit l'Assistance publique, réglementée, schématisée.

La charité, comme l'assistance d'ailleurs, voyait dans la pauvreté la conséquence généralement méritée d'une faute du pauvre ; et l'aide accordée par esprit chrétien

(1) H. Percy Alden, *1^{re} Conférence internationale du Service social*, t. 1, p. 617.

ou par souci d'humanitarisme se bornait à un secours pécuniaire qui, loin de guérir la misère, l'entretenait trop souvent.

Depuis quelques années cependant une nouvelle conception se fait jour. Les fléaux sociaux ne sont plus considérés comme l'inévitable rançon de toute civilisation. On s'est aperçu qu'une « somme énorme de souffrances provenait d'une organisation défectueuse de la famille et de la société » (1).

Si l'indigence découle généralement du chômage, le chômage lui-même est bien souvent entretenu par le manque d'instruction et d'apprentissage de l'individu. L'ignorance ménagère, le gaspillage de la mère de famille contribuent d'ailleurs fréquemment à empirer la situation.

La maladie est trop souvent imputable à l'insalubrité du logis, à la méconnaissance de l'hygiène.

Le vice et le crime auraient fréquemment pu être étouffés avant leur éclosion chez l'enfant anormal qui aurait dû être éduqué et soigné.

Ces fléaux sont dans une large mesure évitables et curables.

« Les causes étant d'ordre général, le remède doit l'être aussi » (1) ; il doit être cherché dans une meilleure organisation sociale.

(1) Prof. Dr Wilhelm Polligkeit, *1^{re} conférence internationale du Service social*, t. 1, p. 689.

Dès lors, on ne se contentera plus d'accorder une allocation à un malheureux tombé dans le dénuement ; on recherchera les raisons profondes de cet état actuel, pour les détruire dans leurs racines et remettre le pauvre en état de se suffire à lui-même.

Mieux encore, on s'efforcera de prévenir l'indigence, la maladie ou le crime, en protégeant chaque individu tout au long de son existence dans sa vie physique, intellectuelle et morale.

Et ce réseau protecteur s'étendra non seulement partout où se révèle l'état de crise de l'individu, mais encore partout où s'exercent les activités humaines : à l'hôpital et au tribunal, à l'école et à l'usine.

Le champ d'action est vaste, les moyens aussi seront variés : assistance et prévoyance, hygiène et médecine, sociologie et pédagogie contribueront à former cette science nouvelle à laquelle on a donné le nom de « Service social ».

La première thèse sur cette matière fut soutenue en 1928, devant la Faculté de Droit par M. Pierre R. Levy-Falco (1), aujourd'hui avocat du Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation. Elle portait sur : « Les auxiliaires sociales ; la participation du service social au fonctionnement des institutions protectrices de la maternité et de la première enfance ».

(1) M. Levy-Falco a bien voulu guider ce travail avec une compétence et une bienveillance dont nous lui sommes infiniment reconnaissante.

En 1934, une seconde thèse sur « L'assistante sociale » était présentée par M^{lle} Renée Jeanty.

Nous nous proposons d'esquisser les traits essentiels et la méthode du service social en général.

Nous exposerons ensuite ses premières réalisations auprès de l'enfance d'âge scolaire, parce que ce domaine nous permettra de voir le fonctionnement de diverses institutions, qui, dans des situations différentes suivent cependant la même méthode, et poursuivent un même but.

PREMIÈRE PARTIE

Les traits caractéristiques du service social.

PREMIÈRE PARTIE

Les traits caractéristiques du Service social.

CHAPITRE PREMIER

Historique du Service social.

Les plus lointains antécédents du Service social se trouvent peut-être dans ces premières infirmières-visiteuses qui apportaient aux pauvres à domicile, avec leurs soins, leur aide et leurs conseils en toutes circonstances.

Ce furent longtemps uniquement des religieuses, Diaconesses des premiers siècles, sœurs de la Visitation, et surtout sœurs de la Charité créées par saint Vincent de Paul en 1617. A celles-ci réunies en conférences périodiques, saint Vincent donnait des instructions pour que leur charité avertie fût plus efficace. Et dans cet effort tenté pour introduire de la discipline dans l'action et une méthode dans l'assistance, il est un précurseur du service social.

La première infirmière-visiteuse laïque fut créée à Liverpool en 1859 sur l'initiative de William Rathbone. Cet exemple fut suivi à Paris en 1900 par M^{lle} Chaptal qui attacha une infirmière-visiteuse au dispensaire du quartier de Plaisance.

A peu près en même temps, le professeur Calmette insti-

tuait un visiteur-ouvrier au dispensaire antituberculeux qu'il venait de créer à Lille.

Deux innovations capitales, l'une en matière d'assistance publique, l'autre dans le domaine des œuvres privées ouvrirent la voie au service social.

La première est due à l'Allemagne et date de 1852. Un système d'assistance élaboré par von der Heydt était inauguré à Elberfeld. La ville tout entière était divisée en secteurs, confiés à des curateurs des pauvres, dont chacun avait charge de quatre familles. L'assistance n'était plus accordée à tous les indigents suivant un barème fixé à l'avance et définitif. On tenait compte des situations infiniment différentes pour appliquer le remède le meilleur dans chaque cas ; la décentralisation et l'individualisation apparaissaient ainsi dans l'assistance publique.

La charité privée toutefois continuait d'agir sans méthode, sans entente, favorisant les exploiters au détriment des vrais nécessiteux, multipliant les doubles emplois, les gaspillages.

C'est pour coordonner les œuvres existantes de façon à multiplier leur rendement que fut créée la première Société d'organisation de la Charité, à Londres en 1869.

Elle institua :

1^o Un fichier central de tous les assistés de façon à dépister les exploiters de la charité ;

2^o Un répertoire de toutes les œuvres pour connaître les doubles emplois et lacunes ;

3^o Des visites aux familles assistées.

L'enquête devint ainsi la base de l'assistance et tous les efforts tendirent à chercher dans la famille elle-même les éléments de son propre relèvement.

L'exemple anglais fut imité, aux Etats-Unis où se créèrent

de semblables sociétés d'Organisation de la Charité, à Paris, où l'Office central des œuvres de Bienfaisance (1) tient un fichier des assistés et des institutions existantes.

Avec le système d'Elberfeld et la Société d'Organisation de la Charité les principes fondamentaux du service social étaient nés.

Les progrès de la science, de la sociologie en particulier, le développement des monographies, des statistiques contribuèrent à répandre la connaissance des problèmes sociaux.

Dès lors, congrès et conférences se multiplièrent pour des échanges de vues entre les différents pays où s'accomplissait à peu près en même temps une évolution semblable.

Dès 1847, le Congrès pénitentiaire international de Bruxelles proclamait la nécessité de mettre en rapport les hommes qui, dans les divers pays, s'occupent du sort des classes ouvrières et indigentes. En 1857, la Conférence internationale de la Charité organisée à Paris à l'occasion de l'exposition universelle décidait la réunion de Congrès internationaux de de bienfaisance pour les années suivantes.

En 1889, le Congrès international d'Assistance publique et privée fondait une « Société Internationale pour l'étude des questions d'assistance ».

En Amérique, des conférences nationales de service social se réunissaient depuis 1874, groupant plusieurs milliers de travailleurs sociaux des Etats-Unis et du Canada, invitant des orateurs étrangers : hommes et femmes d'œuvres, professeurs d'Université, éducateurs, fonctionnaires, hygiénistes, médecins, infirmières, juges, statisticiens.

Ces conférences ont un objet beaucoup plus vaste que les

(1) 175, boulevard Saint-Germain, Paris.

Congrès d'Assistance : œuvres éducatives, prévoyance, hygiène, protection de l'enfant et de la vie familiale, régime du travail, criminologie.

Les relations de plus en plus étroites qui se sont nouées entre ces divers domaines et la contribution éclatante fournie par les conférences du service social au progrès de l'action sociale publique et privée en Amérique du Nord, ne pouvaient manquer de faire songer à réunir des conférences internationales du service social (1).

Sur l'appui du Dr Sand, conseiller technique de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, la première conférence internationale du service social se tint à Paris du 2 au 13 juillet 1928. Un comité permanent fut créé ; les conférences sont maintenant périodiques. La seconde eut lieu en 1932 à Francfort-sur-le-Mein, la troisième aura lieu à Oxford en juillet prochain.

La charité, ainsi renouvelée, « taylorisée », a besoin non seulement de bonnes volontés, mais aussi de compétences.

Il ne suffit plus de « vouloir servir » il faut encore « apprendre à servir ». En 1897, à la conférence nationale américaine du Service social réunie à Toronto, Miss Mary Richmond fit remarquer la nécessité d'une formation plus scientifique et plus systématique. « L'apprentissage empirique, dit-elle, fait place dans tous les domaines à l'instruction organisée... » L'année suivante, pour le personnel de la *Charity Organization Society*, des cours temporaires furent organisés, qui, multipliés et coordonnés devinrent en 1919 école de Service social de New-York (2).

(1) 2^e Conférence internationale du Service social.

(2) Dr Sand, *Les écoles de service social*.

L'exemple américain fut rapidement imité ; partout des écoles s'ouvrirent. Il s'en créa six à Paris. Un décret présidentiel du 12 janvier 1932 institue « un brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'assistant ou d'assistante de Service social, diplômé de l'Etat français. Il sera décerné aux personnes ayant suivi les cours d'une école de service social agréée à cet effet, et ayant subi avec succès un examen devant un jury nommé par arrêté ministériel ».

C'est la consécration en quelque sorte officielle du Service social.

CHAPITRE II

Les caractères du Service social.

Le Service social ainsi défini et présenté dans son développement historique, nous allons tenter d'en dégager les caractères essentiels.

1^o Caractère économique du Service social.

La charité vient en aide au prochain dans un but uniquement moral et désintéressé : par souci de philanthropie ou pour suivre la loi de l'Evangile.

Le service social, s'il est tout imprégné de cette générosité à laquelle il doit sa naissance, tend cependant vers un but en quelque sorte économique. A sa base, il y a la constatation de l'interdépendance étroite des hommes et des dangers que représentent pour la société tout entière, l'ignorance, l'alcoolisme, le vice et le crime chez une partie de la population.

Il y a aussi la connaissance des lourdes charges qu'entraînent ces fléaux pour l'Etat : frais d'assistance, d'entretien des hôpitaux et des asiles, des tribunaux et des prisons.

On a reconnu « qu'un pays vit et s'enrichit du travail de ses habitants. Si l'un de ceux-ci disparaît ou devient prématurément invalide, la nation est appauvrie. Elle perd lors-

qu'un enfant meurt tout ce que ses parents et tout ce que les pouvoirs publics ont dépensé pour lui.

« D'autre part, un adulte valide produit un travail utile plus que ne coûte son entretien physiologique : c'est ce surplus de gain qu'il consacre à sa famille, à ses récréations, au superflu, à l'épargne, et c'est ce surplus qui représente ce que l'on a appelé sa valeur économique (1). »

La première richesse d'un pays est donc son capital humain, et ce capital sera d'autant plus productif que la santé, la culture, la moralité et le bien-être seront plus répandus dans le peuple. Un Etat soucieux de son avenir doit donc se préoccuper du développement harmonieux de chaque individu.

Le service social a précisément pour objet la culture de cette valeur humaine. Qu'il veille à donner à l'enfant nouveau-né, à l'écolier, l'adulte la santé qui décidera de sa vie entière, qu'il s'efforce de dépister et de rééduquer les enfants anormaux pour les rendre capables de subvenir au moins partiellement à leurs besoins, ou encore de réadapter les enfants délinquants, partout le service social tend à protéger l'individu contre les dangers qui le guettent, à développer toutes ses possibilités, à en faire un citoyen armé pour la vie, utile au pays.

Aussi a-t-on pu dire avec juste raison qu'il était « l'ensemble des efforts entrepris par les pouvoirs publics et par l'initiative privée pour réduire les pertes de forces et de vies humaines », dont nous donnerons une idée en disant que la maladie coûte aux particuliers et à l'Etat environ 15 % du revenu national (c'est-à-dire de la somme des revenus de tous les habitants) alors qu'un tiers au moins de maladies

(1) Dr Sand, *Le Service social à travers le monde* (Armand Colin).

pourraient être évitées dans l'état actuel de la science.

« Différer notre intervention à cet égard c'est la rendre par la suite plus onéreuse et moins efficace. Car l'hôpital attend les enfants que nous laissons s'anémier ; le vice et le crime guettent les adolescents auxquels nous n'avons pas procuré des distractions saines ; la fille-mère et son enfant deviennent des épaves sociales si nous ne leur tendons pas la main. Nous laissons agir silencieusement la misère et l'abandon jusqu'au jour où la santé physique ou morale vient à sombrer ; alors, à grands frais, nous appelons trop tard nos médecins et nos juges. Le jour où nous appliquerons aux hommes les règles de bonne gestion que nous suivons pour nos propriétés et même pour nos animaux domestiques, le jour où ne tolérerons plus que personne souffre de véritables privations d'aucun genre, nous n'aurons pas seulement justifié enfin l'état de civilisation dont nous parons complaisamment notre vanité, nous nous serons aussi enrichis de toutes les forces que nous aurons préservées.

« Le service social est bien plus qu'un baume pour la souffrance, il constitue un système de mise en valeur des éléments humains et comme tel, il appelle une action systématique, concertée, intégrale (1). »

2) *Caractère scientifique du Service social.*

Ce caractère apparaît à la fois dans ce que l'on a appelé l'action curative et l'action préventive.

L'assistance s'est trop longtemps contentée d'appliquer le remède simple et rapide du secours pécuniaire.

Le service social n'y a recours que subsidiairement ; il

(1) Dr Sand, *loc. cit.*

sait, selon le Dr Cabot, que « l'emploi de l'argent contre le paupérisme est aussi dangereux que celui de la morphine contre la maladie » et que, s'il calme temporairement les cris de la misère, elle réapparaîtra demain.

Or le service social veut faire œuvre solide ; son but est de rendre à l'individu ou à la famille l'indépendance qu'ils ont perdue.

La méthode comprendra toujours trois phases : l'enquête, le diagnostic, le traitement. L'enquête recherchera les causes réelles de la situation actuelle. « Le point de vue catastrophique n'est presque jamais juste. Ce n'est pas par hasard que la famille en question se trouve dans la pauvreté à ce moment-là... La situation présente aurait pu être prévue depuis longtemps et elle se produira de nouveau certainement, à moins que nous n'en retracions l'origine et l'empêchions d'aboutir aux mêmes effets (1). »

Les causes du mal étant connues, ce sont elles qu'il faut combattre. On ne se contente plus à l'école de distribuer du lait, des vêtements aux enfants sous-alimentés, mal vêtus, on recherche dans leurs familles les raisons de cette situation. S'il apparaît qu'elle est due à l'incapacité ménagère de la mère, à son ignorance, l'assistance s'efforcera de l'instruire, de lui apprendre à soigner ses enfants, à tenir son intérieur.

A cette action curative, le service social joint l'action préventive, et là apparaît plus clairement encore son caractère scientifique.

Comme la médecine, il professe que « mieux vaut prévenir que guérir » et s'efforce d'appliquer la « méthode offensive ».

(1) Major R. Cabot : *Essais de médecine sociale*.

On ne se borne plus à créer des hôpitaux pour les malades ; on ouvre des dispensaires, des centres de prophylaxie qui dispenseront la connaissance de l'hygiène et les moyens d'éviter la maladie.

On ne se contente plus d'essayer de réadapter les enfants traduits en justice ; on organise ce service social à l'école, qui surveille chaque enfant dans sa santé physique ou mentale, pour dépister et soigner dès leurs premiers symptômes les déficiences personnelles ou familiales.

Et lorsque le service social se sera généralisé, lorsque ses années de travail auront porté leurs fruits, sans doute peut-on espérer que, l'action curative réduite à l'état d'exception, la méthode préventive sera devenue la règle.

3) *Caractère professionnel du Service social.*

Le service social est né parmi des hommes et des femmes de bonne volonté, convaincus que la misère implique une responsabilité aux riches et aux puissants du monde et qui consacrerent à cette cause le surplus de leurs ressources en argent et en loisirs, avec le meilleur de leur intelligence et de leur cœur.

Mais, à mesure que sa technique se perfectionnait, que son champ d'action s'étendait et que les perspectives en apparaissaient toujours plus vastes, ces pionniers bénévoles ne purent suffire à la tâche.

Il fallait des agents préparés à leur rôle, pour que leur action mieux coordonnée soit plus féconde, et capables de s'y donner uniquement, c'est-à-dire rémunérés,

Les écoles se fondèrent dispensant les connaissances d'assistance et de prévoyance, d'hygiène et de pédagogie, toute la formation théorique et pratique utile aux assistantes, car le personnel est presque uniquement féminin.

Le service social est devenu une profession, et l'assistante sociale en est, comme l'a si bien montré M. Levy-Falco, l'élément essentiel.

Les agents professionnels ainsi multipliés dans le service social n'ont cependant pas fait disparaître les éléments bénévoles. Cette collaboration est fort désirable pour l'avenir du service social « qui dépend au premier chef, non seulement de l'appui financier, mais encore de l'influence collective de ses collaborateurs extérieurs.

« ... Plus nos problèmes sociaux apparaîtront complexes, plus leur solution demandera une compétence élevée, plus il sera nécessaire que la partie éclairée de la collectivité, en dehors des professionnels, soit avertie de la complexité de ces problèmes et de la compétence que leur solution exige (1). »

4) *Caractère privé du Service social.*

Le service social est une création des initiatives privées « qui se trouvent presque toujours à l'avant-garde du progrès social », selon la remarque de M. Maus.

La belle audace de la charité privée peut seule avoir cet enthousiasme pour créer l'œuvre et la continuer malgré les obstacles et les échecs. La bureaucratie, qui travaille « avec le cerveau plus qu'avec le cœur », manque aussi de cette souplesse nécessaire dans la période tâtonnante des débuts.

Mais lorsque le service s'est développé, lorsque son utilité s'est affirmée, l'aide de l'Etat devient nécessaire tant pour subvenir à des frais sans cesse accrus, que pour généraliser et unifier le service, lui donner l'appui d'une reconnais-

(1) M. Porter R. Lee (New-York), 1^{re} conférence internationale du Service social, t. II, p. 110.

sance officielle. C'est ainsi qu'en France la plupart des services sociaux sont aujourd'hui subventionnés par les pouvoirs publics et travaillent en liaison plus ou moins étroite avec eux.

L'Assistance publique à Paris soutient largement le « Service social à l'Hôpital ». Certaines municipalités de la banlieue ont créé des assistantes scolaires. L'administration de la justice travaille en parfait accord avec le service social des Tribunaux pour enfants.

Cependant en France jusqu'à présent, le Service social est resté principalement privé à la différence de certains pays, l'U. R. S. S., par exemple, où il est entièrement nationalisé.

Le principe du service social public, rouage de l'Etat, rencontre de nombreux adversaires parmi les personnalités les plus qualifiées en la matière. On lui objecte que l'indépendance et la liberté d'un service social privé sont indispensables au bon accomplissement de sa tâche.

L'Etatisation ou la municipalisation risqueraient de tarir l'initiative et la générosité privées, lesquelles constituent « une force que rien ne peut remplacer. L'âme d'un peuple s'appauvrit s'il s'abstient de garder et de cultiver sans cesse cette volonté d'assistance (1). »

(1) Prof. Dr Wilhelm Polligkeit, 1^{re} conférence internationale du Service social, t. I, p. 189.

CHAPITRE III

La méthode du Service social.

Les classifications qu'on a essayé d'introduire dans le service social, les diverses branches qu'on y distingue se ramènent sensiblement aux mêmes cas.

C'est ainsi que selon la remarque du pasteur P. Doumergue : « Tout travail social se fait dans la famille : l'assistante sociale d'hôpital entre dans la famille par la porte de l'hôpital, l'assistante scolaire par la porte de l'école, une autre par la porte de la caisse de compensation, une autre par la porte du tribunal d'enfants, une autre encore par la porte d'un centre social ; mais, la porte une fois franchie, c'est à la famille tout entière que toutes elles ont affaire, et c'est un même service social, de même nature, et selon les mêmes méthodes (1). »

A la base de ces méthodes il y a l'enquête. C'est donc là le point essentiel.

1^o *L'enquête.*

L'enquête a pour but d'éclairer la situation.

Elle repose sur cette vérité fondamentale qu'est « la connexité entre l'élément physique, économique, mental de la

(1) Pasteur Doumergue, 1^{re} conférence internationale du Service social, t. II, p. 166.

vie, entre le passé d'un individu, son présent, son avenir, entre lui-même, sa famille, la société (1) ».

On a reconnu qu'il était impossible de comprendre l'état actuel d'un enfant ou d'un adulte sans connaître son histoire personnelle et celle de sa famille, les milieux dans lesquels il a vécu et toutes les circonstances de sa vie.

L'enquête aura précisément pour objet de fournir tous ces renseignements. Elle comprendra d'abord les entretiens personnels de l'assistante avec « le client », au cours desquels celle-ci s'efforcera de se faire une opinion sur l'état physique, mental et moral de l'individu ; des consultations médicales apporteront, au besoin, les précisions complémentaires.

Ensuite aura lieu la visite à domicile, dont l'importance est capitale, puisqu'elle permettra à l'assistante de connaître le cadre de la famille. Enfin il peut être utile de consulter certaines personnes ; parents ou amis, instituteurs, patrons, commerçants du quartier, etc...

Il faut aussi s'enquérir des diverses œuvres qui ont pu déjà intervenir ; le fichier central doit renseigner sur ce point.

Au cours de ces démarches l'assistante s'efforcé de réunir sa documentation sur les questions suivantes :

Situation sanitaire de la famille.

Situation économique (travail, budget, genre de vie, logement). Mentalité et moralité (éducation, religion, distractions, relations, etc.).

Les modalités de l'enquête varieront d'ailleurs selon les

(1) Professeur Edouard fuster. Le Professeur Fuster a occupé au Collège de France la première chaire d'Assistance et de Prévoyance sociales, et a formé de nombreuses promotions d'assistantes sociales et d'infirmières visiteuses.

cas ; on insistera par exemple sur les conditions d'hygiène de la famille dans le cas d'un enfant malade, sur l'examen neuropsychiatrique pour un enfant coupable.

Mais toujours nous retrouverons les grandes lignes ci-dessus décrites et que Mary Richmond résume ainsi : a) Compréhension de l'individualité et des caractéristiques personnelles ; b) Compréhension des ressources, des dangers et des influences du milieu familial, professionnel et social.

2° Le traitement social.

Après l'enquête, résumée par écrit, vient la conclusion, le « diagnostic social », énoncé des causes de la situation présente, puis le programme de relèvement.

L'assistante apportera tout d'abord les soins médicaux, les secours matériels urgents. Elle saura pour cela faire appel à toutes les ressources sociales organisées : allocations, pensions, secours publics, recours aux œuvres privées. Elle est, comme l'a si bien montré M. Levy-Falco, « l'agent de liaison ».

Mais son rôle ne se borne pas là. Il comprend une autre tâche, autrement plus délicate et plus longue, plus utile aussi, car les résultats une fois obtenus en seront plus durables, la tâche essentielle du travail social : l'œuvre éducative.

Et cette action s'exerce aussi bien sur l'individu que sur le milieu.

L'assistance a trop longtemps réduit l'assisté à un rôle passif, où il perdait le goût de l'initiative et de l'effort, le sens de sa responsabilité.

Le service social, au contraire, respecte dans chaque indi-

vidu les puissances d'activité, même diminuées, même apparemment disparues, qui subsistent cependant en lui, et n'attendent bien souvent qu'un encouragement, un appui sympathique pour se réveiller.

L'assistante prévoira donc toujours une part active de participation de son client à son programme d'action.

Elle cherchera à transformer les habitudes et les mentalités, à rendre à la famille le goût du travail et de l'indépendance, à fonder en elle-même, en chacun de ses membres, dans leur intelligence, leur volonté et leur cœur, l'œuvre de relèvement.

Elle ne perdra jamais de vue ce principe essentiel du service social, que tous les efforts doivent tendre à mettre les assistés en état de se passer d'assistance.

L'infirmière-visiteuse du dispensaire antituberculeux par exemple ne se contentera pas de faire placer le malade en sanatorium, les enfants suspects en préventorium. Elle fera encore l'éducation de la famille toute entière, lui apprendra les moyens d'éviter la contagion et de prévenir la maladie : l'hygiène et la désinfection, le logement propre et clair, l'aération, l'alimentation saine...

Un autre principe essentiel du service social est que la protection et la reconstitution de la famille doit être à la base de toute action.

« Si l'on considère que la famille est la cellule sociale primaire, sur laquelle reposent l'avenir et la prospérité des sociétés ; que l'on ne peut imaginer la formation morale des individus, indépendamment des influences familiales, que les vertus de désintéressement personnel, de fraternité et de dévouement s'élaborent en premier lieu au sein de la famille, on en vient tout naturellement à cette conclusion que la plus magnifique tâche à laquelle puisse se consacrer

le service social moderne n'est autre que la protection et la défense de la matrice des sociétés, la famille (1) ».

« Les travailleurs sociaux connaissent la force de la famille. Ils savent qu'elle est le milieu le plus favorable à la régénérescence de l'être humain, à son plein épanouissement; il est indispensable de la seconder dans son action, avant d'envisager la séparation, l'utilisation d'institutions collectives (2) ».

Après avoir esquissé les principes et la technique du service social, nous allons le voir à l'œuvre auprès de l'enfance d'âge scolaire.

Trois organisations principales se partagent actuellement cette tâche, s'occupant respectivement de l'écolier, de l'enfant malade et de l'enfant traduit en justice.

(1) Abbé VIOLLET, 2^e conférence internationale du Service social, p. 16.

(2) M^{lle} DELAGRANGE, *Bulletin international du Service social*, n° 4.

DEUXIÈME PARTIE

Le service social à l'école.

DEUXIÈME PARTIE

Le Service social à l'école.

Dans tous les pays aujourd'hui l'instruction primaire est obligatoire. En France, la loi du 16 juin 1881 y astreint tous les enfants de 6 à 13 ans.

L'école va donc pratiquement recevoir presque tous les citoyens d'un pays, pendant sept ans de leur vie, à l'époque où s'effectue leur développement physique, intellectuel et moral.

Pendant longtemps l'école fut uniquement le centre de la formation intellectuelle, et les maîtres instruisirent les élèves sans se préoccuper de savoir si leur santé, les conditions de leur existence les rendaient aptes à bénéficier de l'enseignement, sans se soucier de leur orientation professionnelle, de leur avenir.

La critique date de Sénèque : « Ce n'est pas pour la vie, mais pour l'école que nous nous instruisons ».

Aujourd'hui l'idée s'impose de plus en plus que l'être humain forme un tout indivisible qui doit être cultivé en même temps dans toutes ses parties. Et le service social qui veille à ce développement harmonieux de la personnalité humaine a reconnu que l'école devait être son premier champ d'action, celui où il pourra généraliser la méthode préventive.

« La jeunesse d'aujourd'hui est la nation de demain », c'est sur elle qu'il faut agir si l'on veut obtenir une race physiquement et moralement meilleure.

Surveiller la santé des écoliers, leur apprendre à la préserver par l'hygiène, combattre par eux l'alcoolisme et la tuberculose, dépister précocement et soigner les anormaux de toutes catégories, rechercher les aptitudes physiques et morales des adolescents pour les orienter vers le travail le plus conforme à leurs capacités ; telle est la tâche immense du service social à l'école.

Nous allons voir maintenant ce qui est déjà réalisé.

CHAPITRE PREMIER

L'Inspection médicale des écoles.

L'inspection médicale des écoles fut le premier pas dans la voie. C'est le 26 juin 1793 que l'idée en fut émise pour la première fois en France, dans un rapport présenté à la Convention Nationale par Lakanal, au nom de ses collègues Siéyès et Daunou.

Le projet n'eut pas de suite à part quelques tentatives en 1842 et 1843. C'est en Allemagne, à Wiesbaden, en Belgique, à Bruxelles qu'il fut réalisé tout d'abord.

« Cependant, grâce à l'impulsion donnée aux idées nouvelles sur l'éducation des enfants par Herbert Spencer et ses élèves, grâce aussi aux découvertes chaque jour plus précises des lois biologiques régissant le corps humain, la résistance des membres de l'enseignement contre l'intervention du médecin dans le domaine pédagogique s'atténua rapidement.

« A mesure que le maître connaissait mieux l'influence du physique sur le moral et l'importance des affections organiques sur le développement des facultés intellectuelles, il comprit bien vite qu'il y avait intérêt pour l'élève et pour lui-même à accepter la collaboration du médecin scolaire (1) ».

(1) Dr DUFESTEL, L'inspection médicale des écoles, *Revue internationale de l'Enfant*, avril 1929.

L'inspection médicale des écoles existe aujourd'hui dans presque tous les pays d'Europe et d'Amérique sous des formes diverses. En Angleterre, en Belgique, une loi en prescrit l'application à toutes les écoles. En France, en dehors de la loi organique du 30 octobre 1886, qui n'est pas appliquée, il n'y a encore aucune disposition généralisant et unifiant l'inspection médicale des écoles dans tous les départements. Divers projets et propositions dans ce sens ont été déposés au Parlement dont le premier en 1910 par M. Doumergue, alors ministre de l'Instruction Publique, et le plus récent par M. Herriot en 1927.

Actuellement donc, à défaut de loi arrêtant un plan d'ensemble, l'inspection médicale des écoles dans notre pays présente une grande variété.

Un certain nombre de départements (33 en 1932) l'ont établie dans leur circonscription principalement depuis la guerre, selon des plans très différents, certains très bien conçus (l'Aisne, la Loire par exemple), d'autres insuffisants.

A défaut d'organisation départementale, un grand nombre de communes, de villes surtout, ont établi des inspections dans leurs écoles : Bordeaux, Nantes, Alger...

Dans certaines régions enfin, il n'existe rien encore.

L'enseignement secondaire, par ailleurs, ne connaît guère jusqu'à présent l'inspection médicale. Un essai, facultatif d'ailleurs, c'est-à-dire sur autorisation des parents a été réalisé pour les élèves des petites classes d'un certain nombre de lycées parisiens. Il est à souhaiter que cette mesure se généralise, devienne obligatoire et ouvre la voie.

Organisation de la Seine.

L'organisation du département de la Seine que nous prendrons ici à titre d'exemple, remonte à 1879. C'est à cette

date que le principe en fut voté simultanément par le Conseil général et le Conseil municipal de la Ville de Paris.

Le service, d'abord rattaché à la Direction de l'Enseignement à la Préfecture de la Seine, dépend aujourd'hui de la Santé Publique. Le fonctionnement qui a plusieurs fois varié est réglé par des délibérations.

L'inspection s'exerce sur les écoles publiques, maternelles et primaires élémentaires, primaires supérieures, professionnelles, et sur les écoles privées qui dispensent l'enseignement primaire.

Paris et la banlieue sont divisés en circonscriptions comptant environ 1.000 enfants d'école publique à Paris, 1.100 en banlieue, confiées chacune à un médecin-inspecteur recruté au concours. Les visites du médecin à l'école sont hebdomadaires dans les établissements publics, trimestrielles dans les écoles privées, indépendamment de visites spéciales en cas de nécessité, épidémie par exemple.

Les attributions de l'inspecteur ne comprenaient tout d'abord que la surveillance sanitaire de l'école, hygiène des bâtiments, du mobilier, de la cantine principalement et les mesures à prendre en cas d'épidémie.

Puis le rôle du médecin s'est étendu à l'examen individuel des écoliers, avec établissement de fiches sanitaires pour chaque enfant, vaccination antidiphtérique et antivaricelleuse.

Dans quelques villes, à Marseille notamment, fonctionne également l'inspection dentaire de chaque enfant, avec fiches dentaires jointes aux fiches sanitaires. Cette pratique est fort utile, car on a estimé que 85 à 90 % des écoliers présentaient des caries dentaires, ce qui est une source d'infection pour tout l'organisme.

L'inspection médicale a donc pour but de surveiller l'hy-

giène de l'école et de constater et consigner par écrit l'état de chaque écolier.

Là s'arrête généralement le rôle de l'inspecteur. Il n'est pas chargé de donner des soins. Lorsqu'il a reconnu par exemple l'état rachitique ou pré tuberculeux d'un enfant, il peut conseiller les mesures à prendre, il n'a pas à en assurer l'exécution.

Les parents le plus souvent ne sont pas convoqués aux examens des enfants. C'est regrettable. Mais lors même qu'ils le seraient, beaucoup sans doute ne viendraient pas. Le médecin est donc privé de renseignements utiles sur les antécédents, le milieu familial de l'enfant. Les parents, d'autre part, ne comprennent pas bien souvent l'utilité de ces prescriptions portées à leur connaissance par un simple bulletin, et négligent de s'en inquiéter.

C'est ainsi qu'est apparue la nécessité d'adjoindre à l'inspection médicale des écoles un service auxiliaire : celui des assistantes d'hygiène scolaire.

CHAPITRE II

Les assistantes d'hygiène scolaire.

Historique.

C'est à Londres en 1892 que le « London School Board », Comité Scolaire de Londres, installa la première infirmière dans une école. Malgré l'accueil peu enthousiaste du début, le London County Council organisait officiellement en 1910 le service de la School nurse. Il existait également dès 1902 à New-York où l'on compte aujourd'hui plus de 600 infirmières scolaires (1).

En France avant la guerre il n'y eut guère pour ainsi dire que quelques essais limités à Bordeaux en 1912, à Paris dans les écoles du XI^e arrondissement à l'instigation de M. A. Mesureur, directeur de l'Ecole d'Infirmières de la Salpêtrière, et dans celles du XIV^e sous l'impulsion de M^{me} Alphen Salvador, fondatrice de l'école d'infirmières de la rue Amyot.

Les résultats furent bons, mais les ressources manquaient. Pendant la guerre, après la guerre plus encore, des services d'infirmières scolaires apparurent dans les régions libérées principalement, à Paris dans certains arrondissements et dans quelques départements, en Seine-Inférieure notamment sous la belle impulsion de M^{lle} Messier, inspectrice dépar-

(1) M^{me} PERRIN-BARREAU, *L'assistante d'hygiène scolaire* (Thèse Médecine, Paris 1927).

tementale des écoles maternelles et de la Croix-Rouge américaine.

Ils ne sont malheureusement pas encore suffisamment répandus et beaucoup de départements, où fonctionne l'inspection médicale des écoles n'ont pas d'assistantes scolaires.

Organisation de la Seine.

Paris et les communes de la Seine ont donné l'exemple. Dès 1917 dans le XVII^e arrondissement, l'Union des Femmes de France par l'entreprise de M^{me} Boucard introduisait des infirmières-visiteuses dans les écoles.

Dans d'autres quartiers, d'autres œuvres privées (les infirmières-visiteuses au XV^e, la S. B. M. au XIII^e, etc...) entreprirent les mêmes essais avec des modalités diverses. Puis, devant l'extension des services, les ressources privées se montrèrent insuffisantes. Les caisses des écoles ou les subventionnèrent ou se substituèrent à elles. Elles ont aujourd'hui la charge du service de dix-huit arrondissements parisiens (dans les deux autres ce sont des œuvres privées agréées).

Les caisses elles-mêmes firent appel au concours financier de la ville de Paris : le Conseil Municipal accorde chaque année des subventions importantes depuis 1925.

En banlieue, des municipalités ont pris la charge, quelquefois même l'initiative du service qui s'achemine ainsi vers sa reconnaissance officielle. Il y avait en 1933 à Paris 132 assistantes scolaires, en banlieue 124.

L'organisation actuelle, facultative et sans uniformité, présente le double inconvénient d'être trop peu répandue et d'offrir des formes multiples, certaines très heureuses, et d'autres beaucoup moins.

Il est à souhaiter que la loi généralisant et unifiant l'inspection médicale des écoles, généralise et unifie en même temps le service des assistantes scolaires.

Le projet de M. Herriot, mentionné plus haut, ferait de l'assistante un fonctionnaire de l'Etat.

Quand sera-t-il voté ?

Rôle de l'assistante d'hygiène scolaire.

Elle fut d'abord créée pour assister le médecin-inspecteur lors de ses visites. C'est elle qui lui signale, en accord avec les maîtres, les enfants suspects à examiner plus particulièrement.

Elle est présente à la consultation, elle note les observations du médecin. Il la charge de recueillir les renseignements dans la famille, de faire exécuter le traitement.

C'est elle qui tient à jour la fiche sanitaire de chaque enfant. Cette fiche doit être un élément essentiel de ce carnet de santé, déjà réalisé à Bordeaux, qui serait délivré par les officiers de l'état civil à chaque naissance, et suivrait l'individu tout au long de sa vie.

Mais les attributions de l'assistante scolaire ne se bornent pas là. Elle se sont étendues, à l'école d'abord, dans les familles ensuite.

A l'école, l'assistante est l'auxiliaire du personnel enseignant dans l'observation des règles de l'hygiène et la préservation de la santé des écoliers.

Elle veille à la propreté de chaque enfant : inspection des écoliers, hygiène du cuir chevelu, surveillance des baignoires là où ils fonctionnent. Elle contrôle l'alimentation : visite des « paniers », des cantines, suralimentation des enfants sous-alimentés. Elle fait les pesées, mensurations pé-

riodiques. Elle est fréquemment chargée également du traitement de petites affections (impétigo, engelures...) ou d'in-dispositions subites.

Elle veille dans la mesure possible au dépistage précoce des maladies contagieuses, des déficiences visuelles ou auditives, des anomalies intellectuelles ou morales, des signes précurseurs de la tuberculose. Enfin, elle est l'agent principal de l'enseignement de l'hygiène à l'école.

Son rôle se prolonge le plus souvent dans les familles. Elle y pénètre pour connaître les causes de l'absence d'un enfant, pour juger les conditions d'existence d'un écolier dont la santé est mauvaise, ou le travail irrégulier.

Elle procédera à une enquête détaillée si elle le juge nécessaire. Les résultats peuvent être consignés sur une fiche sociale, dressée pour chaque écolier nécessaire et jointe à la fiche sanitaire selon le système pratiqué à Alger.

L'assistante donnera à la mère les conseils utiles dans l'intérêt de son enfant, et bien souvent de la famille tout entière. Elle assurera aussi la prophylaxie de la tuberculose et des maladies contagieuses.

Le médecin-inspecteur sera par elle renseigné sur les antécédents, le milieu familial des enfants dont la santé ou l'intelligence n'est pas normale. Et lorsqu'il aura conseillé, en toute connaissance de cause les mesures appropriées, c'est à l'assistante qu'il appartiendra de veiller à ce que ses prescriptions soient observées, sans imposer d'ailleurs le choix du médecin qui reste toujours libre aux familles.

Les parents parfois voient mal l'utilité de faire soigner l'enfant ; souvent aussi ils n'en ont pas les moyens. L'assistante obtiendra leur consentement pour faire opérer tel enfant par exemple, pour envoyer celui-ci en préventorium, celui-là dans une classe d'anormaux. Le consentement obte-

nu, elle se préoccupera des moyens pratiques de réaliser ces mesures. Elle accompagnera au dispensaire tel enfant que les parents ne peuvent y conduire. Elle s'enquerra d'un préventorium pour l'autre ; elle effectuera les démarches nécessaires pour faire couvrir en partie ou en totalité les frais de séjour par des organismes publics : Assistance médicale gratuite, Assurances sociales, Office public d'hygiène sociale... ou par des œuvres privées.

Elle contribue ainsi puissamment à l'efficacité de l'inspection médicale des écoles.

Formation de l'assistante d'hygiène scolaire.

Deux conceptions s'opposent : celle de l'infirmière scolaire et celle de l'assistante sociale. La première serait plus particulièrement chargée de donner des soins aux enfants et sa formation devrait être surtout médicale : diplôme d'Etat d'infirmière. La seconde aurait surtout un rôle social et sa formation s'effectuerait dans les écoles de service social.

Ces tendances se retrouvent plus ou moins accentuées dans les trois écoles qui forment à Paris la grande majorité des assistantes scolaires :

Ecole de Puériculture de la Faculté de Médecine ;

Ecole d'Infirmières-Visiteuses du Comité National de défense contre la Tuberculose ;

Ecole d'Assistants scolaires de la Faculté de Médecine à l'hôpital des Enfants-Malades.

Il nous semble que les attributions médicales et sociales de l'assistante scolaire étant étroitement mêlées, sa formation doit être à la fois médicale, sociale et scolaire.

L'assistante, en effet, étant destinée à vivre dans les écoles,

une réelle connaissance du milieu scolaire lui serait utile pour faciliter la bonne entente avec le personnel enseignant : des cours dans les écoles normales, communs avec les normales, constitueraient la formation scolaire la meilleure des assistantes.

Un diplôme d'Etat d'assistante scolaire, combinant ces points de vue, serait à créer.

Statut des assistantes d'hygiène scolaire.

Actuellement, faute de réglementation, la même diversité règne dans la formation des assistantes et dans leur statut. La seule règle commune est que leur entrée est subordonnée à l'agrément du directeur de l'Enseignement.

Certaines assistantes font uniquement le service de l'école, et non la visite des familles qui rentre dans les attributions d'une visiteuse de secteur.

D'autres, au contraire, affectées à un secteur géographique, prennent en charge les écoles de leur circonscription en même temps que les familles qui y résident ; ce système est pratiqué par le Dr Hazemann, à Vitry-sur-Seine, et copié à Suresne, Vanves, Boulogne, Aubervilliers.

Il existe enfin des assistantes attachées à une école, visitant les foyers, où peuvent aussi passer d'autres visiteuses ; dans ce cas, une entente, des réunions sont nécessaires.

Dans les campagnes, l'installation d'infirmières scolaires présente bien des difficultés, en raison de l'éloignement des écoles et du manque de crédit. Elle y serait pourtant fort utile, car l'ignorance de l'hygiène y est souvent plus grande encore que dans des villes. Un essai de centre rural a été tenté à Montmorency étendant son action sur huit communes dans un rayon de 10 kilomètres, comprenant 97 classes et

4.120 enfants d'écoles maternelles et primaires. L'inspection médicale des écoles a lieu deux fois par an. Une infirmière fait des visites hebdomadaires dans les écoles maternelles, bimensuelles dans les autres, assurant ainsi le service social.

Cependant, la solution la plus pratique semble bien être celle que préconise M^{lle} Delagrangé, surintendante au ministère du Travail et de l'Hygiène. Pourquoi en effet ne pas faire de l'institutrice l'assistante sociale de sa propre école, en lui demandant de s'y préparer, par le complément d'études nécessaire, et en lui assurant une rétribution supplémentaire ?

En Amérique, on tend à supprimer les petites écoles de campagne pour les remplacer par des écoles de canton, où les élèves sont amenés en autobus ; cette innovation faciliterait grandement la diffusion du service social à l'école.

CHAPITRE III

Les dispensaires scolaires.

Lorsque le médecin inspecteur a préconisé pour tel enfant tel traitement, ou tel examen de spécialiste, l'assistante chargée d'informer la famille doit lui laisser libre choix quant au médecin traitant.

C'est seulement à défaut de désignation de médecin que l'enfant est conduit dans un hôpital, ou le plus souvent dans le dispensaire du quartier. A Paris, une liaison effective existe entre l'inspection médicale des écoles et les dispensaires de l'Office public d'Hygiène sociale.

Tout enfant suspect est envoyé avec une fiche au dispensaire et après examen clinique et radioscopique la réponse est adressée au médecin inspecteur.

Il existe d'ailleurs certains dispensaires affectés aux enfants des écoles, ou dont certaines consultations au moins leur sont réservées, le jeudi.

Ce système est pratiqué à Bruxelles, à Lyon, à Alger. A Paris, un centre modèle est l'Institut Lannelongue fondé en 1919 dans le quartier de Plaisance, dont l'action s'est étendue à tout l'arrondissement avec la collaboration de la Caisse des Ecoles.

Ses visiteuses assurent le service de tous les groupes scolaires de l'arrondissement. Au centre, ont lieu les consultations de médecine générale et de spécialistes (oto-rhino-

laryngologie, neuropsychiatrie, stomatologie...) avec renvoi dans les dispensaires et hôpitaux voisins pour examens radiographiques, rayons ultra-violets, etc...

A la campagne un exemple nous est fourni par le dispensaire du centre rural de Montmorency, dont nous avons parlé ; les diverses consultations y sont réunies.

D'autres centres se sont spécialisés dans les séances de rayons ultra-violets, pour les écoliers rachitiques, anémiés, lymphatiques, tels les centres Saint-Louis et Picpus créés en 1927 par l'œuvre du « Rayon de Soleil » et le centre rural du canton de Montfort-l'Amaury (Seine-et-Oise).

Les cliniques dentaires toutefois sont encore en trop petit nombre. A l'étranger, en Italie, en Amérique, le système du dispensaire ambulant, monté sur une automobile est pratiqué dans certaines campagnes, à écoles très disséminées, notamment pour les soins dentaires.

Des consultations d'orientation professionnelle existent dans certains pays pour les écoliers en fin de scolarité.

« Leur but est de diriger chaque enfant au sortir de l'école, dans la voie où il donnera le meilleur rendement avec le minimum de défaillances et d'usure, en tenant compte de l'état de ses fonctions organiques, en étudiant notamment si son état pulmonaire permet l'exercice fructueux ou normal d'un métier trop souvent choisi au hasard, par esprit d'imitation ou pour l'apport d'un gain immédiat (1). »

Ces consultations organisées pourraient aussi répartir les futurs ouvriers dans les divers métiers en tenant compte du marché du Travail et contribuer ainsi à lutter contre le chômage. Elles sont malheureusement encore bien peu répan-

(1) Le rôle des associations d'hygiène sociale (Congrès des associations d'hygiène sociale tenu au Musée Social, 7^e novembre 1935):

dues. La ville de Bordeaux a prévu dans ses écoles un examen médical de sortie, fait en présence d'un membre de l'Office du Travail ; il est inscrit un avis sur les aptitudes physiques de l'élève au point de vue professionnel.

A Paris, le Dr Laufer a tenté un essai dans le 17^e arrondissement. Sur 600 enfants examinés, il en classait 72 % comme présentant des contre-indications au métier qu'ils avaient choisi, dont 29 % des contre-indications absolues.

Il y aura tout intérêt à généraliser ces consultations d'orientation professionnelle.

STATISTIQUE

**Inspection médicale des écoles de Paris et des communes
suburbaines de la Seine.***Année scolaire 1931-1932.*

Sur 33.782 élèves soumis au premier examen : 47 %
présentaient des défectuosités.

A la fin de l'année un grand nombre étaient améliorés :
diminution notable des cas de maladies contagieuses et
souvent parasitaires du cuir chevelu et de la peau, des
adénites chroniques, du rachitisme, des scoliozes, etc...

Sur 5.355 cas d'hypertrophie des amygdales à l'entrée, on
en comptait seulement 1.545 à la révision.

Sur 4.036 cas de végétations adénoïdes, 1.036 cas seule-
ment subsistaient à la révision.

Centre de l'Institut Lannelongue.*En 1932 :*

Consultations de médecine générale : 521

Vaccinations antivarioliques : 59

Vaccinations antidiphtériques : 299

Consultations d'oto-rhino-laryngologie : 528

Opérations : 125

Consultations de neuropsychiatrie : 44 enfants

Consultations de stomatologie : 930 enfants

Soins donnés : 1.613.

CHAPITRE IV

Le Service social près des enfants anormaux.

La question si délicate de l'enfance anormale se pose fréquemment à l'école. Aussi le service social est-il appelé à jouer un rôle important en la matière. Mais il est indispensable pour comprendre ce rôle d'exposer brièvement au préalable le problème de l'enfance anormale et l'état actuel de la législation à cet égard.

Le problème de l'enfance anormale (1).

Dès leur entrée à l'école un certain nombre d'enfants se révèlent anormaux psychiques, c'est-à-dire présentent des tares de l'intelligence ou des altérations du sens moral.

On distingue principalement les arriérés ou débiles intellectuels qui présentent un retard mental notable, les instables qui ne peuvent discipliner leur attention, les pervers qui offrent une altération du sens moral et les pervertis sous l'influence d'un milieu nocif.

Toutes ces catégories d'enfants ne peuvent s'adapter au milieu scolaire. Incapables de suivre leurs camarades, ils sont un élément de trouble dans la classe. Plus tard, ils ne

(1) Voir Colette HALLU, *L'avenir professionnel des enfants anormaux et délinquants*. Thèse Paris, 1934.

pourront pas davantage être instruits professionnellement, et, incapables de gagner leur vie, retomberont à la charge de la société.

Beaucoup iront échouer dans les asiles d'aliénés, beaucoup aussi dans les prisons.

D'après les expériences des D^{rs} Paul-Boncour, Roubinovitch et Heuyer, 82 % des enfants délinquants sont des anormaux que leur inadaptation au milieu social a poussés vers le vagabondage, le vol, etc...

C'est donc à l'école qu'il importe de prévenir cette délinquance en puissance, cette charge et ce danger pour un pays que représentent les enfants anormaux.

L'état actuel de la législation et son application.

La loi de 1882 sur l'enseignement obligatoire stipulait qu'un règlement devrait déterminer les moyens d'assurer l'instruction primaire aux arriérés et instables susceptibles de la recevoir.

Le texte attendu fut la loi du 15 avril 1909.

Sur la demande des communes et des départements il peut être créé pour les enfants des deux sexes :

1^o Des classes de perfectionnement annexées aux écoles élémentaires.

2^o Des écoles autonomes de perfectionnement pouvant comprendre un demi-pensionnat et un internat.

Ce sont des établissements primaires publics recevant les enfants de 6 à 13 ans, sur avis d'une Commission médico-pédagogique composée de l'inspecteur primaire, d'un directeur ou maître d'une école de perfectionnement et d'un médecin.

Les écoles autonomes peuvent, en outre, continuer la sco-

larité jusqu'à 16 ans, donnant à la fois l'enseignement primaire et professionnel.

Les élèves de classes annexes, qui vers 13 ans sont reconnus incapables d'apprendre une profession au dehors, sont reçus dans les écoles autonomes.

L'application de la loi malheureusement est facultative, par conséquent trop arbitraire. Il n'y a guère en France qu'une quarantaine de classes de perfectionnement, dont 25 pour Paris. Les instituts autonomes privés existent en petit nombre, à Asnières, au Mans, à Yvetot notamment.

Les classes d'anormaux sont donc trop rares ; de plus, les commissions médico-pédagogiques prévues fonctionnent mal, ou même pas du tout. Il en résulte, d'une part, que beaucoup d'enfants anormaux encombre les classes ordinaires, d'autre part, que les classes de perfectionnement reçoivent des enfants trop gravement atteints, imperfectibles, ce qui nuit aux autres ; de plus, l'effectif maximum prévu de 20 élèves est fréquemment dépassé.

Tel est l'état actuel de la législation au regard des enfants anormaux. Elle est loin d'être satisfaisante.

Nous allons voir la contribution que lui apporte dès maintenant le service social.

Le Service social auprès de l'enfance anormale.

Le problème des enfants anormaux rentre tout particulièrement dans le cadre du service social à l'école. Il s'agit, en effet, d'adapter à la vie sociale des sujets déficients pour les rendre capables d'exercer une activité utile au lieu d'être improductifs, ou même nuisibles.

Le service social reste ici fidèle à son principe d'utiliser et de coordonner tout ce qui existe, institutions publiques ou privées, pour en obtenir le rendement maximum. Et son

action, comme dans ses autres domaines s'efforce d'être préventive. Il cherche avant tout à dépister les enfants anormaux aussi tôt que possible. Plus la rééducation est précoce, en effet, plus grandes sont les chances de succès. C'est dès l'école maternelle, qu'institutrices, assistantes et médecins en collaboration doivent surveiller les premiers signes d'anomalie mentale. Tout enfant suspect doit être envoyé à une consultation de neuropsychiatrie.

Ces consultations malheureusement sont encore trop rares. Un certain nombre de dispensaires et d'hôpitaux en possèdent, à Paris principalement. En province, chaque département devrait avoir une consultation au chef-lieu où seraient amenés périodiquement les enfants à examiner. C'est là le projet du Comité français d'Education et d'Assistance de l'enfance déficiente (1), dirigé par M^{me} Bernadac, qui a déjà ouvert plus de 20 consultations. Le Comité a déposé au ministère un plan d'organisation de services médicaux et psycho-sociaux en liaison avec les offices départementaux d'hygiène sociale.

Certains départements, la Seine-et-Oise, la Seine-et-Marne, l'Oise, les Ardennes, la Haute-Garonne ont déjà réalisé des formules un peu différentes.

Une autre œuvre récente « Pour la réadaptation de l'enfant » a ouvert à Paris en mai 1935, sous l'impulsion de M^{me} Matha, un centre social d'orthophonie et de rééducation pour tous les enfants entravés dans leur essor par un déficit sensoriel, moteur, ou psychique.

Des centres d'examen et de traitement ont été annexés à divers dispensaires de Paris et de la banlieue.

Toutes ces consultations comportent des assistantes so-

(1) Siège social, 13, rue E.-Robert, Paris.

ciales. Pour étudier leur rôle en la matière nous prendrons à titre d'exemple le centre créé en 1932 par le Conseil général de l'Aube pour les enfants anormaux du département.

La consultation qui fonctionne tous les mois, avec la collaboration d'un médecin et d'une assistante sociale, est annoncée par la presse locale.

Les enfants sont amenés par leur famille, spontanément ou sur conseil des instituteurs, assistantes scolaires, médecins, inspecteurs. Ils sont convoqués tout d'abord par l'assistante sociale qui recueille tous les renseignements utiles et procède à l'enquête familiale et à l'examen du fonds mental de l'enfant par la méthode des tests.

Le jour de la consultation, les enfants sont examinés au point de vue général et mental par le médecin en présence de la famille. L'assistante aide le médecin, lui transmet tous les renseignements qu'elle a recueillis. Des examens complémentaires, analyses biologiques, etc... peuvent être prescrits.

C'est ainsi qu'en toute connaissance de cause le médecin peut conseiller la mesure la plus utile dans l'intérêt de l'enfant, au triple point de vue de son traitement, son instruction et son orientation professionnelle : envoi dans une classe de perfectionnement, dans un internat, placement familial.

Quelle que soit la solution préconisée, l'assistante veille à son exécution. Elle s'enquiert d'une place dans un internat, conduit l'enfant et son dossier devant la commission médico-pédagogique, surveille les soins et l'éducation donnés dans la famille.

Ce dernier point est particulièrement délicat. Il y aurait souvent intérêt à laisser l'enfant chez ses parents, si ceux-ci savaient le soigner et l'instruire.

L'assistante peut précisément donner les conseils nécessaires à la famille. Peut-être serait-il utile d'adjoindre aux consultations neuropsychiatriques, des consultations médico-pédagogiques où les parents viendraient prendre des instructions et faire régulièrement contrôler les résultats de leurs efforts.

On voit donc le rôle important des assistantes sociales, principalement scolaires, dans le dépistage, l'examen, le traitement et l'éducation des enfants anormaux.

Dans les centres organisés, de vrais succès sont obtenus tant au point de vue médical, qu'au point de vue social.

A l'Institut d'Yvetot, d'après le rapport du directeur M. Huet au Congrès international de l'enfance (1), on obtient à la sortie des enfants vers 17 ou 18 ans :

20 à 25 % de main-d'œuvre qualifiée,

25 à 30 % de main-d'œuvre ordinaire, non qualifiée, mais qui peut assurer les moyens d'existence,

25 à 30 % de main-d'œuvre diminuée ne permettant d'obtenir qu'un salaire inférieur.

Cette adaptation meilleure de l'enfant anormal doit entraîner un fléchissement de la délinquance et des frais d'assistance aux aliénés.

(1) Paris 1933.

CHAPITRE V

Les œuvres de plein air à l'école.

1° *Les classes de plein air.*

L'enseignement de plein air est une création assez récente du Service social à l'école qui répond à une réelle nécessité.

L'inspection médicale constate trop fréquemment qu'un grand nombre d'écoliers des villes sont anémiés, lymphatiques, rachitiques, pré tuberculeux.

Ils ont besoin d'air et de soleil, d'une « double ration de nourriture et d'une demi-ration de travail » (1), d'exercices physiques et de repos fréquents.

C'est pourquoi on a ouvert des écoles de plein air et des classes aérées. Les premières sont généralement situées en dehors de la ville ; elles prennent la forme d'internats ou d'externats. Dans ce dernier cas, le plus fréquent, les enfants groupés à l'école de leur quartier sont amenés chaque matin en autobus à l'école de plein air, et ramenés le soir en ville.

La première école de plein air ouverte en France, à l'exemple de l'Amérique, fut inaugurée en 1907 à Lyon, grâce à M. Herriot dans le domaine municipal du Vernay.

La classe aérée répond aux mêmes besoins, sous une

(1) Formule du P^r Grancher.

forme un peu différente. Elle est organisée dans l'école elle-même. La première fut ouverte en novembre 1920 dans l'école de filles du XVII^e arrondissement de Paris (rue des Epinettes), dans un quartier surpeuplé, insalubre, ravagé par la tuberculose.

La directrice de l'école, M^{lle} Poissonnier, s'assura le concours de la « Société d'hygiène par l'exemple », de la « Ligue de l'enseignement », et de la « Commission d'hygiène scolaire » avec des subventions de la Municipalité et de la caisse des Ecoles.

Le local choisi fut une vaste salle, bien orientée, bien chauffée et dont toutes les fenêtres restèrent ouvertes. Les 30 enfants délicates, désignées par le médecin-inspecteur, y passèrent tout l'hiver, bien couvertes, recevant une boisson chaude à 10 heures et à 4 heures, un repas sain à midi.

Elles prirent l'habitude de se laver chaque matin à l'école, et de changer de vêtements. Leur travail fut réduit à 4 heures de classes par jour, le reste de temps était consacré aux exercices physiques, récréations, siestes après déjeuner.

L'été, la classe se transporta dans la cour de l'école.

Les résultats de ce régime furent excellents. Ces enfants, fréquemment absentes pour grippe, bronchite, etc., passèrent l'hiver sans un rhume. Leur poids, leur taille augmentèrent très sensiblement, leur attention, leur mémoire aussi, leur travail scolaire devint meilleur. Si bien que les parents, émerveillés des résultats, s'instruisirent des règles de l'hygiène.

L'enseignement de plein air s'est répandu depuis ; à Rouen, à Bordeaux, à Lille, à Colmar des classes ont été organisées.

A Paris et dans la banlieue, un grand effort est dû à l'Of-

fice public d'hygiène sociale qui y voit un moyen efficace de combattre la tuberculose, et a ouvert ou subventionné de nombreux établissements. Citons entre beaucoup d'autres les classes de Suresnes et de Vincennes où les enfants sont soumis aux rayons ultra-violets en hiver, et à la cure solaire en été.

D'après les médecins-inspecteurs des écoles, 90 % des écoliers parisiens pourraient bénéficier des classes de plein air ; leur généralisation est donc à souhaiter.

2° Les colonies de vacances

Les colonies de vacances font partie de cet effort pour donner à l'enfance d'âge scolaire le bénéfice d'une cure d'air, et celui non moins appréciable de quelques semaines soustraites au désœuvrement, à l'abandon, au vagabondage dans les rues.

C'est à la Convention qu'en remonte l'idée ; mais elle ne vit ses premières applications qu'en 1876 à Zurich avec le Pasteur Bion, et en 1881 en France, avec le Pasteur Lorrain qui emmena aux champs pendant trois semaines, trois gamins d'un faubourg parisien.

Depuis lors, les colonies de vacances, sans doute parce qu'elles répondaient à une réelle nécessité, ont pris un grand essor.

Œuvres publiques et privées, groupements professionnels, municipalités, caisse des écoles, les ont multipliées. On en comptait en avril 1933, 853 en France dont 272 dans la Seine.

Elles revêtent diverses formes, internat, placement familial, camps de vacances et même camps thermaux fondés en 1922 par le commandant Fabre pour procurer le bénéfice

des cures thermales à toute une jeunesse qui en est privée faute de ressources suffisantes.

3° *Le scoutisme.*

Le service social à l'école doit avoir comme corrélatif l'organisation des loisirs de l'enfant.

Les longues heures en dehors de la classe, passées dans un taudis ou dans la rue sont aussi nocives pour la santé de l'enfant que pour son développement intellectuel et moral.

Le scoutisme apporte un remède à cet état de choses.

Il fut fondé en 1908 par Baden Powell en Angleterre. Le mouvement introduit en France en 1910 y a pris un grand développement, gardant sous diverses formes, confessionnelles ou neutres, le même esprit essentiel.

C'est une forme de service social qui « vise à préparer l'enfant à la vie par un développement harmonieux de tout l'être dans l'idée de servir (1) ».

Sous une forme attrayante et sportive, il cherche à faire acquérir aux garçons comme aux filles :

1° Une santé solide, par l'hygiène, l'éducation physique, la vie en plein air ;

2° Des connaissances variées leur apprenant à se débrouiller en toutes circonstances et à apporter une aide utile ;

3° Le goût de l'action et de la discipline ;

4° L'habitude du service qui développe l'altruisme et l'esprit social.

Répandu dans tous les milieux et dans tous les pays, il

(1) Mlle Walther, 2^e Conf. internat. du Service social, p. 567.

nivelle les différences de classes, de religion, de nationalité entre les hommes.

Il constitue à tous points de vue une excellente formation pour la jeunesse, un bel apport pour le service social.

CONCLUSION

Toutes ces institutions qui dénotent un si bel effort social dans l'enseignement primaire seraient imparfaites si elles n'étaient pas complétées par l'enseignement constant de l'hygiène de l'école.

Il ne suffit pas de donner la santé physique et morale aux enfants, il faut encore, il faut surtout leur apprendre à la cultiver pendant leur vie tout entière, chez eux, dans leurs foyers, dès maintenant dans ceux de leurs parents.

La jeunesse est l'époque la plus prompte à l'enthousiasme, celle aussi où l'on acquiert des habitudes définitives. « C'est par elle qu'il faut initier la grande masse du peuple aux principes et à la pratique de l'hygiène, puisque dans ce domaine, comme dans d'autres, l'ignorance est la grande malédiction (1). »

On s'efforcera donc de pénétrer les écoliers des notions d'hygiène, de lutte anti-alcoolique, antituberculeuse de puériculture, d'enseignement ménager si important dans la formation des filles.

Des organismes spéciaux se préoccupent tout particulièrement de ces questions.

L'Office national d'hygiène sociale dirigé par M. Brissac et l'Office public d'hygiène sociale créé, en 1918 par le

(1) Sir George Newmann.

Conseil général de la Seine, a fait un grand effort de propagande éducative dans les écoles de Paris et de la banlieue, au moyen de causeries, projections cinématographiques, affiches, concours, tracts etc...

Une association qui siège à Paris « l'Hygiène par l'exemple » travaille dans le même but.

Ailleurs, les directeurs des services d'hygiène départementaux ont imité ces exemples.

Une belle idée, née à l'étranger et qui s'y est fort répandue, fait des enfants eux-mêmes les propagateurs de l'hygiène à l'école. C'est la Croix-Rouge de la jeunesse qui veut mettre en pratique le programme de paix de la Croix-Rouge : « l'amélioration de la santé, la prévention de la maladie, l'atténuation de la souffrance ».

Ses moyens sont la pratique de l'hygiène individuelle par le « Jeu de la Santé », de l'hygiène collective par l'institution de terrains de jeux, repas chauds à l'école, bains-douches, etc..., de l'altruisme et de l'entraide.

Toutes les personnes enfin qui sont en contact fréquent avec les enfants, dans les classes ou les œuvres de plein air, s'efforcent de leur inculquer des habitudes saines, par l'exemple et par la parole : médecins, assistantes, instituteurs et institutrices.

L'apport du personnel enseignant en cette matière est loin d'être secondaire. Le service social a besoin non seulement de leur tolérance, mais encore de leur collaboration. Les maîtres de l'enseignement primaire ont bien souvent l'amour du peuple et de ses enfants. Ils ont aussi cette pénétration que donne l'habitude de l'enseignement et le contact fréquent avec leurs élèves. Qui pourrait mieux qu'eux pressentir les déficiences personnelles, ou familiales et toutes les formes de l'inadaptation de l'enfant au milieu ?

Qui aura plus d'influence sur les élèves, souvent aussi sur les parents ?

S'ils savent combiner instruction et éducation, les maîtres peuvent faire œuvre utile.

Il y aurait donc tout intérêt à leur faire connaître et comprendre ce rôle dans les écoles normales, par l'enseignement théorique et pratique de l'hygiène et du service social.

Les maîtres ainsi préparés à leur tâche deviendront à l'école, les premiers, les meilleurs ouvriers du service social.

TROISIÈME PARTIE

Le Service social auprès des enfants malades.

TROISIÈME PARTIE

Le Service social auprès des enfants malades.

CHAPITRE PREMIER

Le Service social à l'hôpital.

« Le service social à l'hôpital n'est pas une œuvre charitable. C'est un instrument simple et pratique conçu pour améliorer le rendement économique et social du travail hospitalier et pour rendre aussi productives que possible les dépenses que s'imposent les collectivités en vue d'entretenir leurs hôpitaux (1). »

Trop souvent en effet la maladie est entretenue ou aggravée par des causes sociales que le médecin ignore ; l'insalubrité du logis, l'insuffisance de l'alimentation, par exemple.

Il est donc difficile d'établir un diagnostic exact sans tenir compte de ces circonstances. D'autre part, le médecin ordonne bien souvent au malade un traitement que celui-ci n'a pas les moyens de réaliser. Tel individu doit renoncer à suivre un régime trop onéreux ; telle mère de famille ne

(1) Dr Rist.

pourra se résoudre à partir en sanatorium, si elle est inquiète de ses enfants restés au foyer. Trop souvent enfin la maladie du père plonge la famille tout entière dans la misère.

Ainsi qu'on l'a dit, « chaque malade représente donc non seulement un problème pathologique mais encore un problème social » (1).

Pour guérir entièrement, définitivement l'individu, pour rendre ce capital humain à la société, il faut résoudre non seulement le problème pathologique, ce qui est du domaine de la médecine, mais encore le problème social : c'est là le rôle du service social à l'hôpital.

HISTORIQUE DU SERVICE SOCIAL A L'HOPITAL.

Un premier essai avait été tenté dès 1634 par saint Vincent de Paul, qui avait organisé avec le concours de M^{me} de Groussault une « Compagnie de dames pour le service de l'Hôtel-Dieu de Paris ».

En 1895, au Royal Free Hospital de Londres fut introduite une première dame aumônière (*lady almoner*) pour éviter l'abus de la charité hospitalière et rendre le traitement des pauvres plus efficace.

Dix ans plus tard, aux Etats-Unis, à Boston, le Major Richard Cabot, convaincu de l'impossibilité d'obtenir un bon diagnostic, et d'établir un traitement rationnel et praticable, inaugurait au Massachusetts General Hospital le « Social Work », Service social. En France, en novembre 1913, M^{me} Nageotte Wilbouchewitch présentait à la Société de Pédiatrie une étude sur l'organisation du service social à

(1) Cannon, *Social work in Hospitals*, p. 34.

l'hôpital de Boston. En avril 1914, le professeur Marfan installait avec le concours de M^{me} Getting une assistante sociale dans son service des enfants malades.

La guerre interrompit cet essai qui reparut après l'armistice. Le service social à l'hôpital existe aujourd'hui dans 110 services d'hôpitaux parisiens et compte 138 assistantes. La seule section des Enfants comprend 14 services et 16 assistantes.

LE SERVICE SOCIAL DANS LES HOPITAUX D'ENFANTS.

La technique du service social à l'hôpital est sensiblement la même dans toutes ses branches, avec cependant quelques particularités dans chacune d'elles. Nous allons étudier la section des Enfants.

a) *Rôle du Service social pendant l'hospitalisation de l'enfant.*

Le petit malade que l'assistante prend en charge a été remarqué par elle au cours de sa visite dans la salle, ou encore lui a été signalé par le médecin qui désirait des renseignements sur la famille, par l'infirmière qui a perçue une situation sociale défectueuse.

L'assistante, après avoir parlé à l'enfant, va se rendre au domicile des parents. Elle y sera généralement bien accueillie, puisqu'elle témoigne de l'intérêt au petit malade et porte de ses nouvelles. Intermédiaire entre le médecin et la famille, elle complète l'observation médicale par son enquête sur les conditions sociales de la famille, sur l'état du logement, l'histoire de l'enfant malade, le milieu dans lequel il vivait, les antécédents et l'état de santé des autres membres de la famille.

De ces renseignements l'assistante déduira son diagnostic

social, lequel, consigné sur une fiche jointe au dossier médical, éclairera puissamment le diagnostic du médecin.

Auxiliaire du corps médical quant au diagnostic, l'assistante le sera également quant au traitement.

Elle complète, en effet, le traitement médical par un traitement social qui, bien souvent, portera sur la famille tout entière. Elle prépare en quelque sorte le retour de l'enfant en s'attaquant aux causes qui ont pu provoquer ou aggraver sa maladie. Elle s'efforce de faire pénétrer les règles de l'hygiène.

Elle signale le logement insalubre au bureau d'hygiène, s'enquiert d'une autre habitation. Elle veille à ce que la maison soit propre et aérée, la literie suffisante, l'alimentation saine. Elle fait procéder à la désinfection en cas de maladie contagieuse.

Les membres de la famille dont la santé lui paraît suspecte sont par elle décidés à se rendre à la consultation du dispensaire, et là encore elle veille à ce que les prescriptions médicales soient observées.

Lorsque l'enfant est sur le point de quitter l'hôpital, un placement en sanatorium, préventorium, où à la campagne s'impose bien souvent. C'est à l'assistante que revient la tâche de trouver la maison qui recevra l'enfant et les crédits nécessaires au séjour : Assistance publique, Office public d'Hygiène sociale, Assurances Sociales, œuvres diverses sont mis à contribution.

b) *Rôle du Service social après l'hospitalisation de l'enfant.*
Le retour de cure.

L'assistante a préparé la famille à recevoir l'enfant. Bien souvent elle contribue à hâter ce retour. Dans les services de chirurgie osseuse par exemple, l'enfant plâtré évitera

une longue hospitalisation grâce à l'assistante qui pourra veiller à ce qu'il soit convenablement soigné chez lui, Ailleurs elle suivra un enfant cardiaque ou diabétique pour s'assurer que le premier évite les efforts nuisibles, que le second est régulièrement traité à l'insuline. Si le petit malade va à l'école, l'assistante expliquera à l'instituteur les précautions à prendre.

Un service spécial dit de « retour de cure » a été créé en 1930 pour la surveillance médico-sociale des enfants revenant de l'hôpital maritime de Berck.

Ces enfants, même guéris, restent affaiblis physiquement, amoindris bien souvent intellectuellement par leur long séjour à l'hôpital. Habitué à vivre au grand air, ils risquent de s'anémier à Paris. L'assistante s'occupe de les placer dans de bonnes conditions d'hygiène, soit chez eux, soit à la campagne.

Ils ont besoin de la surveillance médicale périodique des médecins qui les avaient envoyés à Berck et possèdent leurs dossiers. L'assistante veille à les ramener aux consultations. Elle s'occupe de leur faire porter et renouveler les appareils orthopédiques qui peuvent avoir été prescrits, mais ne sont pas toujours appliqués, parce qu'ils représentent souvent une gêne pour l'enfant et une lourde dépense pour les parents.

Enfin l'assistante se préoccupe de la question si délicate de l'orientation professionnelle que compliquent encore le retard, les déficiences de l'enfant.

Des consultations d'orientation professionnelle existent à l'hôpital Henri-Rousselle, où des tests médicaux sont établis après examen des enfants qui sont ensuite admis dans les ateliers d'apprentissage correspondant à leurs capacités, ateliers installés par la Chambre de Commerce de

Paris, où l'enseignement artisanal est donné gratuitement.

Un centre d'apprentissage agricole et horticole a été créé à Berck. L'école d'horlogerie d'Anet prend les enfants qui doivent travailler assis.

c) *Un exemple de service social dans les hôpitaux d'enfants.*

Le cas ci-dessous est rapporté par le Professeur Lereboullet, secrétaire général de la Section des Enfants, dans *l'Hygiène Sociale*, n° 98 (10 mai 1933).

Famille prise en charge aux Enfants malades en novembre 1930. — L'assistante a pénétré dans ce foyer à l'occasion d'un enfant hospitalisé aux Enfants Malades pour bronchite et qui présente du rachitisme.

La famille demeure dans un taudis. Les parents ne sont pas mariés. La mère, infirme par suite d'accident, commence une huitième grossesse. Le père, qui n'a qu'un emploi de manœuvre insuffisant à faire vivre la famille, s'est mis à boire. Des trois seuls enfants vivants, l'aîné est presque sourd par suite d'otites continuelles ; le second offre un mauvais état général, le troisième est à l'hôpital.

L'assistante dresse un programme d'action, qu'elle parvient à réaliser.

Elle fait suivre la mère dans une consultation prénatale, les enfants dans des consultations de médecine générale et d'oto-rhino-laryngologie.

Puis, lorsque leur état est un peu amélioré, les deux aînés sont placés à la montagne par l'intermédiaire de l'Œuvre des Bergers d'Auvergne, s'y fortifient, donnent toute satisfaction.

Le troisième, d'abord traité aux rayons ultra-violets, est envoyé ensuite au préventorium de San Salvador.

La mère suivie pendant sa grossesse accouche le 31 mai

d'un beau garçon qu'elle nourrit et qui est conduit régulièrement à la consultation d'une Mutualité maternelle.

L'assistante, après bien des démarches, et après avoir obtenu le concours de plusieurs œuvres et personnes, obtient pour la famille un pavillon neuf dans une cité-jardin des environs de Paris, et l'y installe en août 1931.

Le mariage des parents est célébré ; là encore l'assistante a fait les démarches nécessaires.

Les secours légaux sont obtenus. Le père est embauché dans une entreprise stable, et mieux payé.

« Et c'est avec une joyeuse fierté que l'assistante sociale après 11 mois d'efforts, a visité en octobre 1931 cette famille dans son pavillon clair, ensoleillé. Le père, content de son travail, ne boit plus et cultive le dimanche son petit jardin ; la mère et le bébé sont en très bon état ; on attend le retour des aînés. La famille est reconstituée. »

Cette belle histoire vraie n'est-elle pas à elle seule le plus éloquent témoignage en faveur du service social ?

STATISTIQUE DU SERVICE SOCIAL A L'HOPITAL

SECTION DES ENFANTS. — 2^e TRIMESTRE 1935.

Cas inscrits : 2.428

Placements d'enfants malades : 1.383

51 à l'hôpital

1.138 en préventoriums :	817 A. P.
	300 P. H. S.
	291 Privés

108 en sanatoriums :	32 A. P.
	120 P. H. S.
	23 Privés

86 divers

Placements d'enfants sains dont 2 en danger de contamination : 122.

21 abris temporaires

16 placements familiaux :	3 O P. H. S.
	5 Œuvre Grancher
	5 Œuvre des Tout-Petits

33 colonies de vacances

1 apprentissage

1 école ménagère

8 école agricole

6 orphelinat

39 divers

Adoption : 1*Statistique comparée 1935-1935.*

Cas inscrits : 1472-2428

Placements enfants malades : 950-1383

Placements enfants sains : 81-125

SERVICE DE « RETOUR DE CURE »

Statistique comparée 1930-1934

	1930	1934
	—	—
Cas inscrits	364	918
Placements préventoriums	25	18
« sanatoriums	9	24
« colonies de vacances	14	60
« apprentissage	4	24
divers	9	5

CHAPITRE II

L'école à l'hôpital.

A ces enfants soignés avec tant de science et de dévouement par les médecins et les infirmières des hôpitaux, à ceux mêmes que suivait l'assistante sociale, il manquait encore quelque chose.

Beaucoup d'entre eux, en effet, atteints de maladies chroniques, de tuberculose osseuse principalement, vivent pendant des mois, parfois même des années, dans une salle d'hôpital.

« Or nul n'avait le temps de cultiver leur esprit. Des enfants de 8 ans ne connaissaient pas leurs lettres ; d'autres oubliaient le savoir dû à l'école. Pour tous, cette inaction intellectuelle diminuait l'être, l'enfermait dans un cercle de préoccupations mesquines, vite égoïstes, parfois malveillantes. Enfin, l'enfant de 14 ou 15 ans sortant guéri de l'hôpital, mais toujours faible physiquement, parfois même infirme, restait de plus amoindri intellectuellement, ignorant, habitué à la paresse, mal préparé à la lutte pour la vie, que son infériorité physique faisait déjà pour lui plus âpre. »

C'est pour remédier à la triste situation de ces enfants que M^{lle} Imbert a créé « l'école à l'hôpital » (1).

En janvier 1929, elle obtenait de l'Assistance publique

(1) Siège social, 147, boulevard Montparnasse, VI^e.

l'autorisation de pénétrer avec deux collaboratrices à l'hôpital Debrousse, et d'instruire chaque après-midi 60 enfants de 4 à 15 ans.

« L'Ecole à l'Hôpital » fonctionne actuellement dans 10 hôpitaux de Paris et sa banlieue et compte 700 élèves.

Ses ressources, presque entièrement d'origine privée, et trop limitées ne lui permettent qu'un nombre infime d'assistantes rétribuées (2 actuellement).

Le personnel enseignant est donc uniquement bénévole, et les bonnes volontés se recrutent un peu partout : mères de famille, institutrices retraitées, employées des postes ou de bureaux, étudiantes, artistes... qui consentent à donner une ou plusieurs après-midi par semaines aux petits malades.

L'enseignement commence au Jardin d'enfants, et comprend la préparation au Certificat d'études primaires, au Brevet élémentaire, les langues, le dessin, la coupe, la sténographie, la comptabilité...

Des bibliothèques ont été organisées pour les loisirs des enfants.

Les beaux résultats obtenus récompensent tant de dévouement.

Des petits qui n'avaient jamais été en classe se sont mis à étudier avec joie, ont rattrapé les enfants de leur âge. Les médecins même constatent les bons effets du travail sur la santé des malades.

Chaque année au Certificat d'études qui se passe à la Salpêtrière, et à Brévannes, les succès sont nombreux (16 sur 19 à la Salpêtrière en 1933, 5 sur 5 à Brévannes).

L'orientation professionnelle des enfants ainsi instruits est très heureusement facilitée. Les carrières sédentaires, les emplois de bureaux leur sont plus accessibles.

L'exemple de M^{lle} Imbert a été imité à Lyon par une association privée « Les Amis des petits malades » ; à Berck l'Assistance Publique s'est chargée d'organiser l'enseignement dans ses hôpitaux. Aux Etats-Unis, à Boston, l'instruction est obligatoire dès que 20 enfants sont réunis dans le même hôpital. Cette mesure devrait être imitée en France pour tous les sanatoriums, préventoriums, hôpitaux d'enfants atteints d'affections chroniques.

On commence à comprendre qu'il ne suffit pas d'assurer le développement intellectuel des enfants dans les écoles, mais qu'il faut également se préoccuper de leur développement physique.

De même il est vain de s'efforcer pendant des années de rendre la santé à des enfants malades, sans veiller en même temps à cultiver leur intelligence. Les rendre guéris à la société, mais ignorants, incapables de gagner leur vie, c'est perdre le temps, l'argent et les efforts consacrés à les soigner.

Tout enfant doit être cultivé également dans sa vie physique, intellectuelle et morale si l'on veut en obtenir le maximum de rendement. Les efforts risquent d'être perdus s'ils portent sur un domaine, et négligent les autres.

Ce sera peut-être le grand mérite du service social en général — et de la généreuse initiative de M^{lle} Imbert dans le cas particulier — d'avoir compris cette idée et d'avoir travaillé pour elle.

CHAPITRE III

Le Service social auprès de l'enfance Infirmes.

Si le service social de l'enfance malade, quoique récent, compte déjà de belles réalisations, celui de l'enfance infirme ébauché dans quelques pays étrangers, est encore presque inexistant en France.

C'est cependant un grave problème social que posent les enfants infirmes, aveugles, sourds-muets, estropiés. Abandonnés à eux-mêmes, à leur impotence et à leur ignorance, ils sont incapables de tout travail, mènent une vie misérable, et représentent une lourde charge d'assistance pour la Société. Et l'on compte en France 10.000 enfants sourds-muets (1), un nombre sensiblement équivalent d'enfants aveugles et environ 100.000 enfants estropiés (2).

Qu'existe-t-il jusqu'à présent en leur faveur ?

La loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite ne vise que les cas de maladies aiguës.

La loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards infirmes, incurables privés de ressources, ne prévoit l'allocation qu'à partir de l'âge où cesse l'obligation scolaire.

Avant 13 ans les frais d'hospitalisation d'un enfant in-

(1) *Bulletin trimestriel de la Société d'Oto-Rhino-Laryngologie*, 1933, n° 1.

(2) Voir Suzanne Fouché, *La Récupération sociale de l'enfance infirme en France*.

firme indigent retombent à la charge du Bureau de Bienfaisance, ou de la commune du domicile de secours qui ne peut pas toujours les assurer.

Donc aucune loi n'existe prescrivant l'examen médical et le traitement des enfants infirmes, aucune loi non plus concernant leur instruction. Pour les enfants sourds-muets et aveugles, des bourses peuvent être accordées en cas d'insuffisance de ressources des familles, pour leur entrée dans des établissements d'enseignement professionnel. Aux enfants estropiés l'école publique est ouverte théoriquement ; bien peu pratiquement peuvent s'y rendre.

Des institutions nationales, départementales ou privées existent, principalement pour les aveugles et sourds-muets, en trop petit nombre cependant. Pour les enfants atteints de paralysie infantile les établissements sont plus rares encore ; le modèle est la colonie de Saint-Fargeau (Seine-et-Marne), fondée par M^{me} Delpech-Poidatz où l'on dispense à la fois le traitement et l'enseignement primaire. Mais il n'y a que trente lits. C'est malheureusement bien insuffisant. L'enfant infirme restera trop souvent sans soins, sans instruction, sans apprentissage. Et pourtant l'expérience a prouvé que ces enfants soignés, éduqués, instruits sont capables le plus souvent de travailler comme les autres, et de gagner comme eux leur vie.

Essayer d'organiser et de rendre obligatoire leur rééducation est donc, comme on l'a dit, « non seulement accomplir une bonne action, mais encore réaliser une bonne affaire ».

Rôle du Service social.

Un vaste champ s'ouvre donc au Service social en France. Il s'agit premièrement de dépister tous les enfants infirmes,

afin qu'aucun ne reste sans soins. Un grand pas dans cette voie serait la déclaration obligatoire par les médecins, sages-femmes, assistantes, de tout enfant infirme qu'ils ont découvert. Cette mesure est déjà réalisée en Allemagne et en Italie.

Elle pourrait être heureusement complétée par un service de visiteuses (assistantes sociales municipales, ou scolaires, etc...,) qui, enquêtant dans une circonscription déterminée, signaleraient au bureau d'hygiène départemental les cas d'infirmité repérés.

Ce service a été organisé en Prusse par la loi du 6 mai 1920. Les visiteuses attachées au bureau d'hygiène du district dépistent les cas, les surveillent ensuite pendant les périodes de non-hospitalisation.

Pourquoi ne pas ouvrir en France au chef-lieu de chaque département des consultations périodiques pour les enfants infirmes, comme on tend à en créer pour les enfants anormaux ? Il nous semble que l'organisation pourrait être la même, peut-être même confiée aux mêmes assistantes dans les deux cas. Et, comme pour les petits arriérés, des consultations annexes médico-pédagogiques pourraient être ouvertes aux parents des enfants d'âge préscolaire pour leur donner tous conseils utiles. Toutes ces consultations pourraient être centralisées au dispensaire d'hygiène départemental.

Le service social chargé de dépister surveillerait aussi l'exécution des prescriptions du médecin : interventions chirurgicales, appareillage, envoi dans un centre de rééducation..., ces mesures devant toujours se préoccuper à la fois du traitement, de l'instruction et de l'orientation professionnelle de l'enfant.

Les classes spéciales ne sont pas encore assez nombreuses en France pour les sourds-muets, les aveugles et

aussi les amblyopes, dont la vision est diminuée des $\frac{2}{3}$ ou des $\frac{3}{4}$ et qui ne peuvent être instruits dans les conditions ordinaires. Des classes vitrées pour amblyopes existent au nombre de 50 en Angleterre, de 300 aux Etats-Unis. La France n'en a que deux, une à Paris et une à Strasbourg.

Pour les enfants estropiés enfin, la première école a été fondée à Londres par Mrs Humphrey Ward la célèbre romancière. « Elle loua une chambre dans une résidence sociale (Tavistock Settlement) et groupa des dames qui allèrent chaque jour chercher les enfants infirmes du voisinage et les amenèrent à l'école dans de petites voitures. Bientôt, l'opinion publique s'émut de voir ces nobles dames s'astreindre à conduire ces enfants à l'école tous les jours ; la municipalité reprit la gestion de l'école, fournit des infirmières, des médecins, des voitures d'ambulance et maintenant dans tous les quartiers de Londres, il existe des écoles d'infirmes, où tous les enfants qui ne peuvent fréquenter les écoles ordinaires sont amenés en voiture d'ambulance, soignés par des infirmières, instruits par des instituteurs spécialement formés (1). »

En France de telles écoles n'existent qu'au Havre et à Bordeaux. Il serait urgent d'en ouvrir d'autres.

L'orientation professionnelle enfin et l'apprentissage des infirmes sont le complément indispensable des soins et de de l'instruction. Dans les instituts de sourds-muets et d'aveugles la question est généralement prévue. Mais pour les enfants estropiés, le problème est délicat et n'est pas résolu.

En Allemagne, en Autriche, il existe des bureaux d'orien-

(1) *Première conférence internationale du Service social*, Dr C. J. Thomas, Londres, p. 646 et s.

tation professionnelle pour enfants infirmes et des ateliers d'apprentissage.

En France, à part quelques initiatives privées, en nombre très réduit, l'apprentissage des enfants infirmes n'est pas organisé. Et là encore le Service social devra ouvrir la voie,

QUATRIÈME PARTIE

**Le Service social auprès des enfants
traduits en justice.**

QUATRIÈME PARTIE

Le Service social auprès des enfants traduits en justice.

La question de la délinquance infantile dénote bien souvent une organisation défectueuse de la Société, en même temps qu'elle représente une grave menace pour sa sécurité.

Et c'est peut-être pourquoi tant d'hommes et de femmes, conscients de cette responsabilité et de ce danger, ont consacré à ce domaine le meilleur de leur science et de leur cœur.

Pour comprendre pleinement cet effort du service social auprès de l'enfance traduite en justice, il est nécessaire, selon la méthode précédemment suivie, d'exposer au préalable le problème général et la législation actuelle des tribunaux pour enfants.

CHAPITRE I

Le problème de l'enfance traduite en justice.

Les tribunaux pour enfants

L'enfant peut être traduit en justice non seulement parce qu'il a commis un délit, mais encore dans les cas de correction paternelle, ou de déchéance de la puissance paternelle, c'est-à-dire lorsque ses parents portent plainte contre lui, ou, au contraire, lorsqu'il est question d'enlever leurs droits à des parents indignes.

Les trois cas d'ailleurs révèlent généralement les mêmes situations et proviennent des mêmes causes. La délinquance ou l'indignité des parents, et celle des enfants sont, hélas ! étroitement liées.

Parmi les causes en quelque sorte « externes » de la délinquance infantile, le Dr Heuyer note, en effet, dans 48 % des cas l'insuffisance ou la carence du milieu familial : disparition prématurée des parents, remariage, inconduite, mauvaise entente, alcoolisme, indigence, logement sordide, promiscuité, mauvais exemples, exploitation précoce de l'enfant à des travaux ne nécessitant aucune formation professionnelle.

La non-fréquentation scolaire est relevée dans 57 % des cas. L'enfant prend ainsi l'habitude du vagabondage et reste illettré, ce qui lui rendra difficile la recherche du travail.

Enfin, il ne faut pas négliger ce que l'on a appelé les causes internes de la délinquance infantile, c'est-à-dire les anomalies mentales ou morales que les D^{rs} Paul-Boncour, Roubinovitch et Heuyer relèvent dans l'énorme proportion de 82 % des cas.

L'enfant malheureux chez lui, bien souvent taré, ignorant, entraîné par de mauvais camarades, s'habitue à la paresse, aux flâneries dans les rues, et le vagabondage est ainsi généralement « l'école primaire du délit ».

Familier des petits vols, il deviendra le délinquant récidiviste, inamendable, quelquefois criminel.

Et la prison ou l'asile d'aliénés l'attendent le plus souvent.

Les tribunaux pour enfants.

Avant la loi de 1912, instituant en France les tribunaux pour enfants, il n'existait pas de disposition spéciale concernant les enfants coupables.

Les petits voleurs étaient, au hasard des circonstances, relâchés par le Commissariat, et cette indulgence favorisait la récidive, ou bien écroués dans les maisons d'arrêts où la séparation d'avec les adultes n'était souvent que théorique. Puis ils étaient conduits devant le Tribunal, à l'audience de flagrant délit, c'est-à-dire au plus tard au bout de trois jours. L'avocat était absent « six ou sept fois sur dix » ; le dossier était presque inexistant : pas d'enquête, pas de certificat médical... (1) »

Les juges distribuaient huit jours dans une maison d'ar-

(1) Conférence de M. de Casabianca, conseiller honoraire à la Cour de Cassation. *Pages documentaires de l'Union catholique des Services de Santé et Services sociaux*, n° 4, juin-juillet 1933, p. 376.

rêts ou de correction, et l'enfant en sortait plus corrompu qu'à son entrée.

En 1882, un avocat stagiaire se voyait confier d'office une de ces affaires d'enfant, et, frappé de cette absence de renseignements, de l'incohérence et l'injustice de cette procédure, demandait le renvoi à huitaine.

« On ne peut pas juger sainement des faits de cet ordre si on en ignore les causes sociales. »

Huit jours après, son enquête démontrait que la petite fille prise en flagrant délit de prostitution, hélait le passant au coin des rues, sur l'ordre de sa mère qui la battait lorsque la recette était insuffisante.

Dès lors, Henri Rollet avait trouvé la cause à laquelle il devait consacrer toute sa vie : il devint « l'avocat des gosses », puis leur juge lorsque fut organisé le Tribunal pour Enfants (1).

Fondateur de divers patronages pour l'enfance malheureuse, il provoqua la création en 1898 au barreau de Paris du Comité de Défense des Enfants traduits en justice, qui groupa des hommes de valeur, et au sein duquel s'élabora la loi du 22 juillet 1912 soutenue par Ferdinand Dreyfus et René Béranger.

A la base de l'institution des tribunaux pour enfants, il y a cette idée que « l'Etat est responsable de l'enfant, que celui-ci se trouve devant le tribunal par suite de circonstances où il est pour rien, et qu'il a par conséquent un droit imprescriptible à être sauvé par l'Etat et non châtié par lui.

« Les poursuites judiciaires n'ont pas pour but de lui infliger un châtiment rétributif, mais bien de prévenir la réci-

(1) *Dossier de l'Action Populaire*, n° 342, 25 mai 1933.

diver par le redressement de sa mentalité et de son ambiance sociale (1). »

Dans la loi de 1912 les mineurs de moins de 13 ans sont soustraits à la juridiction répressive. La question de discernement ne se pose pas à leur égard. L'enfant est obligatoirement soumis à une enquête, dirigée par un juge d'instruction spécialisé, assisté de rapporteurs de l'un ou de l'autre sexe dont la liste est dressée chaque année par le tribunal.

L'enquête devra porter « sur la situation matérielle et morale de la famille, sur le caractère et les antécédents de l'enfant, sur les conditions dans lesquelles celui-ci a vécu et a été élevé, et sur les mesures propres à assurer son amendement. Cette enquête sera complétée s'il y a lieu par un examen médical ».

Le juge d'instruction peut prendre toute mesure complémentaire jugée utile.

Le jugement enfin a lieu en Chambre du Conseil, confié à trois juges et un substitut. Les mesures prévues par la loi sont les suivantes :

L'enfant peut être rendu à sa famille, confié à une personne ou à une institution charitable ou à l'Assistance publique, ou encore placé sous le régime de la liberté surveillée. Ce régime peut être modifié selon ce qu'exige l'amendement ou la mauvaise conduite du mineur.

La Chambre du Conseil peut « toujours d'office, à la requête du Ministère Public, ou sur la demande de l'enfant, soit le rendre à sa famille, soit modifier son placement par une décision motivée... »

(1) M. Ferencz Rajniss, 1^{re} conférence internationale du Service social, t. II, p. 460.

Cette loi de 1912 était un instrument souple d'évolution et de progrès, de création continue. Il en est sorti un droit prétorien, élaboré par le service social, qui est né et s'est développé dans son cadre.

CHAPITRE II

Le Service social au tribunal pour enfants.

L'innovation essentielle de la loi de 1912 consiste dans l'enquête obligatoire pour les mineurs de 13 ans. C'est d'après elle que le juge prendra en toute connaissance de cause les mesures les plus propres à relever le mineur.

Il importe donc que l'enquête soit particulièrement bien conduite et approfondie. Qui en sera chargé ? Les rapporteurs prévus par la loi et désignés en Chambre du Conseil sont le plus souvent des magistrats, des avocats, des avoués, ou des membres des Sociétés de Patronages qui n'ont pas le temps de se livrer à des fonctions bénévoles et n'interviennent pratiquement jamais.

A défaut de rapporteurs, le juge d'instruction adressera un bulletin d'enquête au maire ou encore au commissaire de police.

En province, les maires se contentaient trop souvent de répondre « conduite et moralité bonnes », les commissaires de police d'enregistrer les dires des parents.

Une enquêteuse professionnelle spécialement formée s'impose donc pour mener à bien l'enquête ; et c'est ainsi qu'est apparue la nécessité du service social auxiliaire des tribunaux d'enfants.

A Paris, trois œuvres existent entre lesquelles la chancellerie a reparté le travail : les Mairaines Sociales et la

Sauvegarde de l'adolescence qui s'occupent des mineurs de 13 à 18 ans, le Service social de l'Enfance (en danger moral) (1), qui concerne principalement les mineurs de moins de 13 ans.

C'est donc celui qui entre dans le cadre de notre étude et dont nous allons traiter.

LE SERVICE SOCIAL DE L'ENFANCE

*(rattaché au tribunal pour enfants et adolescents
du département de la Seine).*

L'idée en est due aux juges Henri Rollet et Aubry et à Miss Chloë Owings, qui avait appartenu au bureau de l'Éducation de New-York et était arrivée en France pendant la guerre. Avec collaboration de M^{me} Olga Spitzer et de M^{lle} Vieillot, l'œuvre se fonda en mai 1923 avec une assistante. Elle en compte aujourd'hui 24 et 5 secrétaires.

Le Service social s'exerce à l'occasion :

- 1^o Des demandes en correction paternelle ;
- 2^o Des demandes en déchéance de puissance paternelle ;
- 3^o Des délits commis par des mineurs.

Depuis 1926, des assistantes sont rapporteurs pour les mineurs de moins de 13 ans.

Les cas pris en charge par le Service social lui sont signalés par le juge, quelquefois par le service des aliénés de la Préfecture de Police (lorsqu'un parent est interné), ou encore par l'administration pénitentiaire, par des institutions, des œuvres, ou même des parents qui connaissent le service.

(1) Siègè social, 19, rue du Pot-de Fer, Paris-V^e.

RÔLE DU SERVICE SOCIAL.

1^o *Enquête.*

Le rôle du Service social consiste tout d'abord dans l'enquête effectuée par une assistante et consignée par un rapport dont nous donnons ici le schéma.

SCHÉMA DES RAPPORTS DES ASSISTANTES (1).

Dossier familial.

N^o Palais. Préfecture de la Seine. Service social. Prénoms. Nom enfants. Date, lieu de naissance. Date à laquelle le cas a été signalé. Par qui. Demande correction paternelle, déchéance paternelle. Juge instruction. Préfecture de Police, etc...

Composition de la famille. Caractériser pour chaque personne état civil, travail, santé, etc...

Adresses utiles. Grands-parents, oncles, patrons, plaignants, etc...

Religion.

Budget.

Fichier central des assistés.

Extraits des renseignements judiciaires : délits, coinceulés, faits motivant la déchéance, audiences, avis des juges.

Date première entrevue, enquête.

Visite à domicile, description.

Version familiale.

Histoire familiale.

Renseignements obtenus sur la famille.

Conclusions sur la famille.

(1) Communiqué par le Service social de l'Enfance.

Dossier individuel.

Renseignements obtenus sur l'enfant (date). Milieux où il a vécu.

Scolarité. D'après le maître, intelligence, travail, régularité, diplômes...

Apprentissage. Travail.

Distractions et loisirs.

Caractère et conduite. A la maison, à l'école, au travail.

Faits reprochés. Opinion et désir des parents.

Consultation médico-psychologique.

Antécédents héréditaires, familiaux, personnels de l'enfant.

Conclusion de l'enquête. Plan d'action.

2° Examen médical.

L'enquête est toujours complétée par l'examen médical au point de vue :

1° Des maladies physiques (tuberculose, syphilis, affections cardiaques, adénopathie, etc...);

2° Des maladies mentales (anomalies, épilepsie, démence précoce, séquelles d'encéphalite léthargique, etc...).

Plusieurs consultations de neuropsychiatrie existent, notamment au siège du Service social, au patronage Henri-Rollet, à Fresne, etc...

Sur 300 enfants vus en prison en 1927-1928, le Dr Roubinovitch établissait la statistique suivante :

Normalité mentale.....	18 %
Instabilité mentale simple.....	31 %
Instabilité mentale avec débilité mentale et troubles marqués du caractère.....	29 %

Débilité mentale.....	18 %
Postencéphalite.....	1 fois
Au total, anomalies diverses.....	81,6 %

3^o *Le jugement.*

Les résultats de l'enquête et de l'examen médical sont transmis à l'avocat et au juge, avec la conclusion de l'assistante qui propose la solution qu'elle juge la meilleure dans l'intérêt de l'enfant : mesures d'éducation, soins, changement de milieu.

La décision du juge se conforme pratiquement à l'avis de l'assistante et ainsi s'est élaboré peu à peu autour de la loi de 1912, grâce au Service social, un véritable droit prétorien que les décrets-lois d'octobre dernier ont partiellement validé.

C'est ainsi que dans les cas de demande en correction paternelle, le Code civil prévoyait, nous le savons, l'emprisonnement du mineur indiscipliné. Mais l'assistante repoussait le plus souvent cette solution désastreuse et proposait des mesures de rééducation de l'enfant auxquelles le juge accédait généralement.

En 1932, par exemple le tribunal de la Seine, saisi de 397 demandes en correction paternelle, rendait seulement 34 ordonnances d'emprisonnement, en 1935, 5 ordonnances seulement.

Et le décret-loi du 30 octobre 1935 légalise cette pratique. L'emprisonnement aboli est remplacé par le placement de l'enfant par autorité de justice dans une maison d'éducation surveillée, une institution charitable, ou chez toute personne agréée par l'autorité administrative.

Ces mesures d'ailleurs peuvent toujours être révoquées par le Président du Tribunal.

De même, dans le cas de déchéance, le Service social repoussait fréquemment la solution excessive du Code civil, pour s'en tenir, là encore, à des mesures d'éducation et de surveillance.

En 1930, le tribunal de la Seine saisi de 769 demandes de déchéance prononçait seulement 335 condamnations.

Là encore un décret-loi du 30 octobre 1935 n'a fait que consacrer en droit l'état de fait antérieur. « En dehors des cas prévus par l'article 1^{er} et les six premiers paragraphes du présent article, lorsque la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de l'enfant sont compromis ou insuffisamment sauvegardés par le fait des père et mère, une mesure de surveillance ou d'assistance éducative peut être prise par le Président du Tribunal sur requête du Ministère public. Cette surveillance ou cette assistance sera *exercée par le personnel soit des services sociaux, soit des institutions agréées* par l'autorité administrative, ou le Tribunal, ou encore par des particuliers qualifiés, *notamment par les assistantes sociales* ou les visiteuses de l'enfance. »

Relevons cette première consécration officielle du rôle du service social auprès des Tribunaux pour enfants.

Enfin le délit le plus fréquent parmi les mineurs, le vagabondage auparavant régi par la loi du 21 mars 1921, a lui aussi fait l'objet d'un décret-loi qui lui a enlevé son caractère pénal et marqué là encore l'influence du Service social.

Désormais, les mineurs vagabonds arrêtés doivent être confiés préventivement à un établissement spécialement habilité à cet effet ou à l'Assistance publique. L'enquête et l'examen médical sont rendus obligatoires. La décision prise en Chambre du Conseil est laissée à l'entière approbation

du juge, n'est pas inscrite au casier judiciaire, est susceptible d'appel et peut toujours être rapportée dans l'intérêt de l'enfant.

4^o *L'exécution du jugement.*

Lorsque le Service social a ainsi effectué l'enquête, et préparé le contenu du jugement, c'est encore à lui que revient le rôle de l'exécuter, et pratiquement de redresser l'enfant coupable, ou de parents indignes.

Ici encore nous retrouvons le souci de développer la personnalité dans son ensemble.

L'enfant présentera généralement des troubles dans sa santé ; il aura besoin d'être soigné. Il sera le plus souvent un retardé scolaire ; il faudra l'instruire de façon à faciliter son apprentissage. Il aura besoin enfin d'être relevé moralement, et pour cela il faudra le placer dans un milieu sain : le laisser sous surveillance dans sa propre famille s'il est possible, ou le transplanter ailleurs.

L'assistante s'efforce d'appliquer ces idées dans les diverses mesures qui peuvent être prises.

Si l'enfant est rendu à sa famille, elle exercera sur lui et son milieu une surveillance amicale et une influence éducative.

L'enfant peut être mis en liberté surveillée. Ce régime demande pour être salulaire que les délégués soient bien choisis, compétents, aient les loisirs et le désir de s'occuper effectivement de leurs pupilles. C'est dire que pratiquement les délégués, ou tout au moins les cadres devraient être des professionnels rémunérés.

A Paris, l'Association amicale des rapporteurs et délégués du tribunal pour Enfants de la Seine, fondée par Etienne Matter, s'efforce de former ses membres à leur tâche ; une association identique s'est créée à Lille.

Enfin, le juge peut décider que l'enfant sera placé dans une institution, chez des particuliers ou à l'Assistance publique, cette dernière solution n'est guère praticable, l'Assistance publique n'étant pas outillée pour cela.

C'est l'assistante qui s'occupera de chercher l'œuvre appropriée à chaque cas et d'y faire admettre l'enfant.

Le placement familial, à la campagne le plus souvent, est pratiqué par diverses associations, tel le patronage Henri-Rollet (1) et l'Union française pour le Sauvetage de l'Enfance (2).

Ce placement donne de bons résultats, à condition que les familles soient bien choisies, et étroitement surveillées par des représentants de l'œuvre.

Mais il ne peut s'appliquer qu'à des enfants physiquement sains et moralement peu pervers, qu'il importe de soustraire à un mauvais milieu avant que leur corruption ne soit accomplie.

Pour les autres, au contraire, les malades, les anormaux, les pervers, le placement dans des institutions spéciales s'impose. La tâche du service social est malheureusement compliquée du fait que la France est très pauvre en maisons d'éducation. Nous manquons de ces centres d'observation et de triage des enfants que la Belgique a réalisés à Moll pour les garçons, à Saint-Servais pour les filles, où sont réunis médecins, instituteurs, infirmières pour l'examen approfondi de l'enfant pendant une longue période d'observation.

Le Service social a ouvert un foyer semblable à Soullins-Brunoy (Seine-et-Oise), mais c'est insuffisant.

Nous manquons aussi d'établissements appropriés à chaque cas.

(1) 379, rue de Vaugirard.

(2) 108, rue de Richelieu.

Là encore la Belgique a montré la voie. Elle possède de nombreuses institutions publiques et privées, à régime progressivement plus sévère et des maisons de toutes sortes : sanatoriums, asiles pour anormaux, colonies de placement familial, homes semi-liberté.

Dans la Seine il n'y a que deux internats pour arriérés, Asnières et Montesson. C'est insuffisant. « Nous sommes également embarrassés pour placer des enfants complètement illettrés de 9 à 11 ans que nous rencontrons si souvent ; l'enfant pourrait parfois combler ses lacunes scolaires en peu de temps, si l'instituteur avait la possibilité de s'occuper de lui individuellement(1). »

«... Mêmes difficultés pour les fillettes auxquelles il faut un traitement spécifique. »

Il manque aussi des centres d'apprentissage pour les enfants difficiles.

C'est seulement lorsque la France aura créé les établissements requis, qu'elle pourra réaliser l'idée directrice : l'adaptation du traitement à chaque cas. Dès maintenant, on peut dire que le Service social de l'enfance du tribunal de la Seine, avec les ressources bien insuffisantes dont il dispose, a accompli un bel effort dans ce sens,

Le Service social auprès des tribunaux de province.

En province où le Service social est, nous l'avons vu, encore peu répandu, c'est cependant auprès des tribunaux pour enfants qu'il commence à prendre naissance.

Pendant longtemps la loi de 1912 a été inconnue ou méconnue ; il n'existait ni juges spécialisés, ni œuvres, ni rapporteurs, ni délégués.

(1) M^{me} Spitzer, 18 mars 1933.

Depuis quelques années cependant des services sociaux ont été créés, à l'imitation de Paris, près des tribunaux de Toulouse, Montpellier, Nancy, Amiens et dans le Nord.

Dans certaines régions trop pauvres pour instituer des assistantes sociales auprès des tribunaux d'enfants, à Châteaulin par exemple, les infirmières-visiteuses d'hygiène sociale prennent en charge les cas intéressants qui leur sont signalés par le juge.

Une œuvre parisienne, « l'Union des Sociétés de patronage de France (1) », se propose de provoquer et guider des créations nouvelles partout où le besoin s'en fait sentir.

Le Service social de la police.

On ne peut pas terminer cet exposé du Service social auprès des enfants traduits en justice, sans signaler la collaboration que lui apporte à Paris la police.

En juin 1930, le Préfet de police créait la « section de la protection des mineurs » composée d'un brigadier-chef, de deux sous-brigadiers et de douze inspecteurs. Elle rend de grands services, et à défaut d'assistantes sociales, encore trop rares, les enquêtes de la police donnent toute satisfaction aux magistrats.

En février 1935, à l'exemple de l'Angleterre et de l'Allemagne, deux assistantes de police sont entrées en fonction à Paris. Elles ont traité au bout de quelques mois 120 cas d'enfants maltraités, vagabonds ou mendiants. Les commissaires de police, le Président du tribunal pour enfants ont demandé leur multiplication que les récents décrets-lois sur les enfants vagabonds rendent nécessaire,

A Lyon et à Grenoble l'exemple a été imité.

(1) 14, Place Dauphine.

La police, après le tribunal, prend conscience de son rôle social.

CONCLUSION

Un grand effort a donc été accompli par le Service social en faveur de l'enfance traduite en justice, au cours de ces vingt dernières années.

Beaucoup de progrès restent pourtant à réaliser, notamment la généralisation des assistantes sociales auprès de tous les tribunaux pour enfants, l'enquête et l'examen médical rendus obligatoires dans tous les cas, la création des établissements d'observation et de rééducation qui manquent encore.

On pourrait aussi envisager, semble-t-il, l'intervention du Service social s'étendant devant les juridictions pénales aux enfants de parents condamnés, et même devant les tribunaux civils toutes les fois que les intérêts de certains enfants sont en danger.

Nous pensons aux enfants naturels pour lesquels un récent décret-loi prévoit la possibilité pour le tribunal civil de nommer un « délégué chargé de veiller aux besoins matériels et moraux de l'enfant » et pris « soit dans les *services publics d'assistance sociale* soit dans les œuvres privées, soit dans l'entourage de l'enfant ».

Nous pensons aussi aux enfants de parents divorcés dont le sort dépend souvent des hasards de plaidoiries plus ou moins passionnées. Le tribunal civil statue sur la garde des enfants, sans connaissance approfondie de la question, des besoins de l'enfant et des possibilités d'éducation des parents. Il se désintéresse de l'affaire, aussitôt le jugement prononcé, et personne ne sait s'il sera exécuté.

Une centralisation de la protection des intérêts moraux et matériels des mineurs de 18 ans devrait, d'après le personnel des services sociaux, se faire au tribunal pour enfants qui a des moyens d'investigation propre et connaît les assistantes sociales, les délégués à la liberté surveillée, etc...

Le tribunal pour enfants élargissant ainsi son rôle social fait « œuvre de justice sauvegardant les droits de l'enfant, œuvre de prévoyance aussi et d'assainissement pour les générations futures (1). »

Cependant pour guérir le mal dans ses racines, c'est bien avant que l'enfant ne comparaisse devant le tribunal qu'il faut s'en occuper. C'est dès sa naissance et tout au cours de son développement qu'il faut s'efforcer de lui assurer des conditions normales d'existence : un foyer heureux, une bonne santé, une instruction adaptée à ses facultés mêmes si celles-ci sont diminuées, des distractions saines, un apprentissage lui permettant de gagner sa vie.

C'est ainsi que le Service social, aussi bien dans la famille qu'à l'école, s'efforçant d'introduire l'hygiène physique et mentale, constitue le meilleur instrument de lutte contre la délinquance infantile.

(1) M^{me} Spitzer.

CONCLUSION

Le Service social a accompli en France en faveur de l'enfance d'âge scolaire, certaines de ses premières et de ses plus belles réalisations.

Dans des domaines différents, sous des aspects variés, nous avons retrouvé une seule méthode, comme un seul but à atteindre : cultiver intégralement et harmonieusement la personnalité de l'enfant pour obtenir par lui « un avenir plus clair et une humanité meilleure ».

Mais pour être pleinement efficace, l'action sociale doit être sans interruption, dans le temps comme dans l'espace. Elle doit s'appliquer non seulement à *tous les enfants*, mais encore à *toutes les périodes de la vie humaine*, et enfin *dans tous les pays*.

A tous les enfants d'abord. Nous avons signalé en France les lacunes à combler : le Service social à l'école à généraliser, les anormaux et les infirmes à rééduquer, le rôle social du tribunal pour enfants à étendre encore.

Il est enfin une catégorie d'enfants, dont nous n'avons pas parlé, parce que le Service social à leur égard est inexistant jusqu'à présent ; nous voulons parler des orphelins et des abandonnés.

Quelle que soit la solution adoptée pour eux, placement familial, ou dans un internat ou à l'Assistance publique, la protection d'une assistante sociale serait particulièrement

bienfaisante pour ces enfants auxquels manque l'affection de la famille, et qui restent trop souvent sans soins à tous points de vue.

Il faut espérer que dans ce domaine encore inexploré, le service social se mettra bientôt à l'œuvre, sur la base d'une collaboration avec l'Assistance publique.

La protection de l'enfant d'âge scolaire d'ailleurs serait insuffisante, si elle n'était pas complétée par celle de l'adolescent et de l'adulte. On ne peut pas établir de cloison étanche entre les diverses périodes de la vie humaine, « chacune d'elles commandant l'âge qui la suit » (1).

Le service social à l'école appelle comme complément le service social à l'atelier et à l'usine, au dispensaire, auprès de la maternité et de la première enfance. Dans tous ces domaines la santé doit continuer d'être protégée par l'hygiène, les logements salubres, la culture physique... Là encore l'intelligence et la moralité doivent être cultivées par les cercles, les bibliothèques, les cours, les conférences...

L'enseignement ménager et la puériculture doivent être répandus parmi les jeunes filles et les mères.

Tout au long de la vie humaine, et dans tous les lieux, le réseau protecteur doit être sans lacune, puisque le mal est, hélas ! partout menaçant.

Enfin l'organisation sociale d'un Etat, si parfaite soit-elle, appelle encore le complément d'une action semblable dans les autres Etats, et d'une action internationale.

La solidarité humaine, qui est nous l'avons vu à la base

(1) M^{me} Gonse-Boas, 2^e Conférence internationale du Service social, p. 109.

du service social, est devenue aujourd'hui, grâce aux facilités et à la rapidité des transports et des communications, à la multiplication des échanges entre peuples, une solidarité internationale.

La charité d'ailleurs, dont le Service social est la moderne expression, ne fait aucune distinction de race, de nationalité ni de croyance.

Elle a pour devise la belle formule de Pasteur :

« On ne demande pas à un malheureux : de quel pays ou de quelle religion es-tu ?

On lui dit : tu souffres, cela suffit. Tu m'appartiens, et je te soulagerai. »

Et le Service social, quoique timidement encore, a déjà fait les premiers pas dans la voie d'une action internationale.

Un service social d'aide aux émigrants et aux étrangers sur la base d'un accord entre Etats s'organise en France et dans les autres pays.

De nombreuses associations, au premier rang desquelles il faut citer la Croix-Rouge, contribuent à universaliser l'action sociale.

Une « Union internationale de Secours aux Enfants » a été fondée en 1920 à Genève, pour améliorer le sort des enfants de tous pays, et les soulager, spécialement en temps de détresse. Elle a adopté le 23 février 1923 une déclaration des Droits de l'Enfant, qui a été approuvée par la V^e assemblée de la Société des Nations le 26 septembre 1924.

La S. D. N. enfin a déjà accompli un bel effort social international.

« Elle a rapatrié des prisonniers de guerre et des réfugiés ; elle a facilité le retour des populations échangées en

vertu des traités ; elle a combattu les épidémies en Europe orientale ; elle a entrepris la lutte contre diverses maladies, contre l'abus des stupéfiants, contre la traite des femmes ; elle protège l'enfance ; elle a sauvé par ses interventions financières plusieurs pays que la ruine menaçait (1). »

Ainsi « le sens social doit conduire au sens international, l'un et l'autre se fondent sur l'intérêt bien entendu de la société, sur l'esprit de coopération, sur le désir de justice et de paix, sur le respect et l'amour du prochain.

« La solution ultime des problèmes sociaux, comme celle des problèmes économiques, ne pourra être trouvée que dans le plan international. »

(1) Docteur Sand, *Le Service social à travers le monde*, p. 222.

Vu : le Président de la thèse : Vu : pour le Doyen, l'Assesseur :
ACHILLE MESTRE. C. RIPERT.

Vu ET PERMIS D'IMPRIMER :
le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

ANNEXE I

Inspection médicale des écoles en France en 1932.

D'après le D^r Maurice DUVERNOY.

INSPECTIONS DÉPARTEMENTALES.

Ain, 1923. Carnets de santé. Fiches psychologiques. — *Aisne*, 1927. Livrets de santé. Fiches médico-pédagogiques. *Assistantes d'hygiène*. — *Ardennes*, 1928. Fiches sanitaires. — *Aube*, 1893. — *Calvados*, 1928. — *Cher*, 1928. Fiches sanitaires. — *Corrèze*, 1927. Fiches sanitaires. — *Côte-d'Or*, 1929. Fiches sanitaires. — *Doubs*, 1920. Plan simple adopté par d'autres départements. — *Eure*, 1925. Carnets de santé pour les parents. Carnets de surveillance sanitaire pour l'instituteur. — *Gard*, 1925. Carnets de santé. — *Haute-Garonne* (sauf Toulouse). Livrets de santé. — *Gers*, 1923. Carnets sanitaires. — *Hérault*, 1921. Carnets sanitaires. — *Ille-et-Vilaine*, 1927. Notices individuelles. Notices médicales confidentielles. *Infirmières visiteuses*. — *Indre-et-Loire*, Carnets de santé. — *Loire*, 1932. Plan très bien compris. Fiches individuelles. *Assistantes d'hygiène scolaire*. — *Manche*, 1925. Carnets de santé. — *Marne*. Fiches sanitaires. — *Moselle*, 1928. Carnets de santé. — *Oise*, 1924. Fiches sanitaires. — *Puy-de-Dôme*, 1924. Carnets de santé. — *Bas-Rhin*. Carnets de santé. — *Haut-Rhin*, 1926. Carnets de santé. — *Rhône* (sauf Lyon). Trois visites par an. — *Saône-et-Loire*. — *Savoie*, 1931. Carnets de santé. *Infirmières visiteuses*. — *Seine-et-Marne*. Carnets de santé. *Visiteuses d'hygiène*. — *Haute-Vienne*. Fiches de santé. — *Tarn-et-Garonne*. — *Var*, 1925. Carnets de santé. — *Vaucluse*. Pas de carnet de santé. Rapports sur chaque école.

INSPECTIONS COMMUNALES.

Allier, 124 communes sur 321. — *Basses-Alpes*, 3 communes. — *Alpes-Maritimes*, Nice et Cannes seulement. — *Ariège*, 29

communes. — *Aude*, 30 communes. — *Belfort*. — *Cantal*, inspections rares, sauf à Aurillac. — *Charente*, Angoulême et une autre commune. — *Charente-Inférieure*, quelques communes. — *Corse*, Ajaccio seulement. — *Dordogne*, 5 médecins-inspecteurs nommés après concours. — *Drôme*, 20 communes. — *Eure-et-Loir*, dans chaque commune un médecin est choisi par le maire. — *Finistère*, arrondissement de Quimper seulement, un médecin. Une infirmière scolaire. — *Gironde*, Bordeaux seulement. Plan très bien compris. Carnets sanitaires. *Infirmières scolaires*. — *Indre*, quelques communes. — *Isère*, quelques communes. — *Jura*, quelques inspections. — *Landes*, quelques communes peu nombreuses. — *Loiret*, Orléans seulement. — *Loire-Inférieure*, Nantes seulement. *Infirmières scolaires*. — *Loir-et-Cher*, quelques communes. — *Haute-Loire*. — *Lozère*. — *Lot-et-Garonne*, 9 communes. — *Lyon*, 14 médecins-inspecteurs. Carnets de santé très complets. *Infirmières scolaires*. — *Haute-Marne*, quelques communes. — *Morbihan*, quelques villes : Lorient, Vannes... — *Nièvre*, Inspections communales suivant un règlement commun. — *Nord*, grandes villes seulement. — *Orne*, projet prévu. — *Pas-de-Calais*, grandes villes seulement. — *Pyrénées-Orientales*, Perpignan seulement. Projet départemental prévu. — *Basses-Pyrénées*. — *Sarthe*, quelques villes seulement. — *Haute-Savoie*, 54 communes sur 315. — *Seine* (voir page 32 du présent ouvrage). — *Seine-et-Oise*. — *Deux-Sèvres*, quelques villes. — *Somme*, quelques communes. — *Tarn*, quelques communes. — *Vendée*, quelques communes. — *Vienne*, visites des écoles. — *Vosges*, quelques communes.

DÉPARTEMENTS SANS AUCUNE ORGANISATION EN 1932.

Hautes-Alpes ; Ardèche ; Aveyron ; Bouches-du-Rhône ; Côtes-du-Nord ; Creuse ; Lot ; Maine-et-Loire ; Mayenne ; Meurthe-et-Moselle ; Meuse ; Hautes-Pyrénées ; Haute-Saône ; Seine-Inférieure ; Yonne.

ANNEXE II

Office public d'hygiène sociale de Seine-et-Marne. — Inspection médicale des enfants. — Fiche médicale.

Nom et prénoms ; Adresse ; Né le ; Ecole ; Mutations et domiciles successifs ;

Antécédents personnels ; Vaccination ; Date ; Résultat ; Revaccinations ;

Antécédents familiaux ; Renseignements sociaux (profession, habitation, orphelin, pupille, etc.) ;

Nom du médecin traitant ; premier examen médical, date, médecin ;

Etat général (propreté) ; Peau ; Cuir chevelu ;

Yeux (O. D : O. G) ; Oreilles (O. D : O. G) ; Bouche et dents ; Rhinopharynx, Amygdales ; Adénoïdes ;

Système lymphatique, ganglions ;

Squelette, colonne vertébrale ; Articulations, muscles ;

Poumons (D., G.) ; Circulation ; Tube digestif (hernie) ; Appareil génito-urinaire ; Glandes à sécrétion interne ; Système nerveux, psychisme ;

Résumé et observations.

ANNEXE III

Déclaration des droits de l'Enfant dite « Déclaration de Genève ».

Adoptée par le Conseil général de l'Union Internationale de Secours aux enfants dans sa session du 23 février 1923, votée définitivement par le comité exécutif dans sa séance du 17 mai 1923, approuvée par la V^e Assemblée de la Société des Nations, le 26 septembre 1924.

Par la présente Déclaration des Droits de l'enfant, dite Déclaration de Genève, les hommes et les femmes de toutes les nations, reconnaissant que l'Humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur, affirment leurs devoirs, en dehors de toute considération de race, de nationalité et de croyance :

I. L'Enfant doit être mis en mesure de se développer d'une façon normale, matériellement et spirituellement.

II. L'Enfant qui a faim doit être nourri : l'enfant malade doit être soigné ; l'enfant arriéré doit être encouragé ; l'enfant dévoyé doit être ramené ; l'orphelin et l'abandonné doivent être recueillis et secourus.

III. L'Enfant doit être le premier à recevoir des secours en temps de détresse.

IV. L'Enfant doit être mis en mesure de gagner sa vie et doit être protégé contre toute exploitation.

V. L'Enfant doit être élevé dans le sentiment que ses meilleures qualités devront être mises au service de ses frères.

BIBLIOGRAPHIE

- Annuaire de l'Union internationale de secours aux enfants*, 31, quai du Mont-Blanc, Genève.
- Association internationale pour la protection de l'enfance*, XI^e session, 18 au 21 juillet 1935. Documents préparatoires.
- AZÉMA (G.). — *L'Etat et les enfants abandonnés*, Thèse Bordeaux, 1930.
- BARBARIN (P.). — A propos des assistantes d'hygiène scolaire. *Médecine scolaire*, 1^{er} octobre 1934, n° 8.
- BERNHEIM (Germaine). — La police féminine et son rôle social. *Hygiène sociale*, n° 112, 25 janvier 1934.
- Bulletin trimestriel de l'Association générale des institutrices des écoles maternelles et classes enfantines publiques*, 1^{er} octobre 1935.
- Bulletin de l'Union des Sociétés de patronage de France*, n°s 1, 2, 3, 4.
- Bulletin international du service social*, n°s 1, 2, 3, 4, 5.
- CABOT (Major Richard C.). — *Essais de médecine sociale*. Crès, Paris, 1919.
- CAVALLIER (M^{lle}). — La prolongation de la scolarité et l'hygiène. *L'hygiène par l'exemple*, n° 4, juillet-août 1929.
- CHABAS (M^{lle}). — L'Assistante d'hygiène scolaire dans l'évolution actuelle. L'école centre social. *L'hygiène sociale*, n°s 140 et 112, 1933 et 1934.
- CHAILLEY-BERT (P.). — L'examen rationnel des écoliers. *Journal de médecine de Paris*, 30 octobre 1930.
- Comité français d'Education et d'Assistance de l'enfance déficiente (Projet d'organisation des services médicaux et psycho-sociaux en liaison avec les Offices départementaux d'hygiène sociale).
- Première et deuxième conférences internationales du Service social, 1928-1932.
- Congrès des institutions d'Assistance et d'Hygiène sociales, 1921.
- Congrès international de l'Enfance, Paris, 1931.
- Congrès international pour la protection de l'Enfance, Paris, 1933.
- CONTI (U.). — Les tribunaux pour enfants et les services auxiliaires. *Revue internationale de l'Enfant*, 19 décembre 1930.
- Croix-Rouge de la jeunesse (Publications de la ligue des Sociétés de la Croix-Rouge).
- Décrets-lois du 30 octobre 1935 (Enfants naturels, protection de l'enfance. Correction paternelle. Déchéance paternelle).

- DELAGRANGE (M^{lle}). — L'infirmière visiteuse scolaire. *Revue d'hygiène et de prophylaxie scolaire*.
- DEROY (Henri). — *Les œuvres du Moulin-Vert* (Thèse 1927).
Dossiers de l'Action populaire, n° 342, 25 mai 1935.
- DUFESTEL (D^r L.). — L'école doit favoriser la croissance physique des enfants. *Pédiatrie*, octobre 1927.
L'inspection médicale des Ecoles. *Revue internationale de l'Enfant*, avril 1929.
Comment on préserve les écoliers parisiens de la tuberculose. *La Médecine scolaire*, 1^{er} novembre 1929.
La santé des écoliers des villes. *La Médecine*, n° 17, décembre 1931.
Les assistantes d'hygiène scolaire. *Santé pour tous*, n° 5, mai 1933.
- DUVERNOY (D^r Maurice). — *L'inspection médicale des écoles*, Paris, 1932.
L'école à l'hôpital (Assemblées générales 1930 à 1935).
L'effort social des grands réseaux de chemins de fer en faveur de leur personnel. *Musée social*.
- FERRIÈRE (M^{lle} Suzanne). — Les œuvres de protection de l'enfance en Amérique du Sud. *Revue internationale de la Croix-Rouge*, juillet 1925.
- FOUCHÉ (M^{lle} Suzanne). — *La récupération sociale de l'enfance infirme en France*.
Foyer des campagnes.
- GAIN (M^{lle} R.). — *Le tribunal pour enfants de la Seine*.
- GENEVRIER. — L'infirmière scolaire. Comment il faut comprendre son rôle. *L'infirmière française*, juin 1923.
- GUILLAIN. — Considérations sur l'état actuel du problème de l'enfance anormale et délinquante. *Gazette médicale de France*, suppl. *Archiv. du droit médical et hyg.*, 15 décembre 1934.
- HALLU (M^{lle} Colette). — *L'avenir professionnel des enfants anormaux et délinquants*. Thèse Paris, 1934.
- HAZEMANN (D^r H.). — *Le service social municipal et ses relations avec les œuvres privées*, 1928.
Le service social et le placement de l'enfant d'âge scolaire en école de plein air. *La médecine infantile*, n° 8, août 1933.
- HEUYER. — Examen neuro-psychiatrique des enfants délinquants. *Gazette médicale de Paris*, suppl., 15 octobre 1927.
- JEANTY (M^{lle} Renée). — *L'assistante sociale*. Thèse Paris, 1934.
La Journée de l'Enfance. Paris, 27-28 juin 1925.
Journées médico-sociales de l'enfance d'âge scolaire, Paris, 4, 5 et 6 avril 1935.
- JULIEN (L.). — L'inspection médicale des élèves dans l'enseignement secondaire. *Mouvement sanitaire*, n° 74, 30 juin 1930.
- KREBS-JAPY (M^{me} Ed.). — *Le service social à l'hôpital*. Thèse Médecine, Paris 1923.
- LAVEDAN (Henri). — *Monsieur Vincent, aumônier des galères*.
- LEGROUX et M^{lle} GRAND. — *Le centre d'hygiène scolaire de l'Institut*

- Lannelongue dans le XIV^e arrondissement. *Paris médical*, 6 novembre 1926.
- LEGROUX et L. DUFESTEL. — Les dispensaires scolaires. *Pédiatrie*, avril 1932.
- LERREBOULLET (P^r). — Le service social dans les hôpitaux d'enfants. *L'hygiène sociale*, n° 98, 10 mai 1933.
- LEVY-FALCO (Pierre R.). — *Les auxiliaires sociales. La participation du service social au fonctionnement des institutions protectrices de la maternité et de la première enfance*. Thèse Paris, 1928.
- LINDEMANN (Charles). — *Contribution à l'étude de la non-fréquentation scolaire, ses causes, ses remèdes*. Thèse médecine, Paris, 1930.
- MARTIN (E.) et MOURET (V.). — La création à Lyon d'un centre d'examen médico-légal et d'orientation professionnelle des enfants anormaux et délinquants. *Journal de médecine de Lyon*, 20 novembre 1930.
- NOIR. — Assistantes d'hygiène scolaire. *Concours médical*, 22 janvier 1929.
- Œuvre nationale de l'Enfance*. Bruxelles n° 1919, août-septembre 1931-1932.
- Office public d'hygiène sociale de la Seine*. Rapports au Conseil général de la Seine, 1920-1922.
- Pages documentaires de l'Union catholique des services de santé et services sociaux*, n°s 2 et 4, février-mars 1931 et juin-juillet 1935.
- Patronage Henri-Rollet pour l'enfance et l'adolescence* (notice).
- PERRET (D^r E.). — *Les visiteuses de l'Enfance*. Thèse médecine, 1919.
- PERRIN-BARREAU (M^{me} M.). — *L'Assistance d'hygiène scolaire*. Thèse médecine, Paris, 1927.
- PLET. — L'hygiène à l'école de Saint-Gobain (Aisne). *L'hygiène par l'exemple*, juillet-août 1928.
- PONCET (L.). — Essai de concours d'hygiène entre les élèves des écoles primaires d'une circonscription rurale. *Mouvement sanitaire*, n° 63, 31 juillet 1929.
- RAGAZZI (D^r Mario). — Le développement de l'hygiène scolaire en Italie. *Revue internationale de l'enfant*, n° 68-69, septembre-octobre, 1931.
- RAYNAL. — Morbidité dentaire et inspection scolaire chez les enfants de 7 à 13 ans. *La semaine dentaire*, n° 6, 9 février 1930.
- Revue de Phtisiologie médico-sociale*, juin 1927.
- Revue médico-sociale de l'Enfance*, n° 6, novembre-décembre 1935.
- RICHMOND (Mary E.). — *Les méthodes nouvelles d'assistance*. Paris, 1926.
- RIDGELY - SEYMER (Miss Lucy). — *L'infirmière à travers les âges*. Bruxelles, 1933.
- ROBIN (D^r Gilbert). — *Le problème de l'enfance coupable*, 10 octobre 1935.
- Rôle des Associations d'hygiène sociale*. Congrès des associations d'hygiène sociale tenu au Musée social, 7 novembre 1925.
- ROUBINOVITCH (D^r J.). — *La criminologie juvénile et la déficience mentale infantile*.
- SAND (D^r René). — *Le service social à travers le monde*. Paris, 1931.
- Les écoles de service social*.

- SÉE (M^{lle} Ida R.). Les enfants de justice. *L'hygiène sociale*, n° 126, 10 octobre 1934.
- Service social à l'hôpital (Le)* — (Assemblées générales de 1923 à 1935).
- Service social de l'Enfance (Le)*. (Rattaché au Tribunal pour enfants et adolescents du département de la Seine) (Assemblées générales de 1927 à 1935).
- SEWALL-GARDENEER (Miss Mary). — *L'Infirmière visiteuse*. Paris, 1926.
- SCHNEIDER (Les Etablissements). — *Economie sociale*. Paris, 1912.
- SPITZER (M^{me} Olga). — Les décrets-lois et la protection de l'enfance. *La Française*.
- THELIN (Georges). — Ce qu'il faut entendre par « Protection de l'enfance ». *Revue médicale des écoles*, Paris, 1930.
- THEVENIN (Henri). — *L'organisation de l'inspection médicale des écoles*. Thèse médecine, Paris, 1930.
- Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* (P^r E. SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX), t. XXXIII, Médecine sociale, Paris, 1925.
- Union française pour le sauvetage de l'enfance* (Rapports annuels 1934-1935).
- VAN ETTEN (H.). — L'enfance coupable. *L'hygiène sociale*, n° 126, 10 octobre 1934.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
INTRODUCTION.	1

PREMIÈRE PARTIE

TRAITS CARACTÉRISTIQUES DU SERVICE SOCIAL.

CHAPITRE I. Historique du Service social.	7
— II. Caractères du Service social. L'enquête.	13
— III. Méthode du Service social. Le traitement.	21

DEUXIÈME PARTIE

LE SERVICE SOCIAL A L'ÉCOLE.

CHAPITRE I. L'inspection médicale des écoles.	31
— II. Les assistantes d'hygiène scolaire.	35
— III. Les dispensaires scolaires.	43
— IV. Le Service social près de l'enfance anormale.	47
— V. Les œuvres de plein air.	53
CONCLUSION.	58

TROISIÈME PARTIE

LE SERVICE SOCIAL AUPRÈS DES ENFANTS MALADES.

CHAPITRE I. Le Service social à l'hôpital.	63
— II. L'école à l'hôpital.	73
— III. Le Service social auprès de l'enfance infirme.	77

QUATRIÈME PARTIE

LE SERVICE SOCIAL AUPRÈS DES ENFANTS TRADUITS EN JUSTICE.

CHAPITRE	I. Le problème de l'enfance traduite en justice. Les tribunaux pour enfants.	87
—	II. Le Service social au tribunal pour enfants.	93
CONCLUSION.		105
ANNEXE	I.	109
—	II.	111
—	III.	112
BIBLIOGRAPHIE.		113

